

Bachelorarbeit

Barrieren bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei Harninkontinenz und Nutzung anderer Informationsquellen durch Betroffene

eingereicht von
Vanessa Teichtmeister

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Univ.-Ass.in Manuela Hödl, BSc, MSc

Graz, am 31.03.2017

Eidesstaatliche 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.“

Graz, 31.03.2017

Vanessa Teichtmeister, eh“

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG
ABSTRACT.....
1 EINLEITUNG	1
1.1 HINTERGRUND.....	1
1.2 HARNINKONTINENZ	1
1.3 INANSPRUCHNAHME VON HILFE	5
1.4 RELEVANZ UND FORSCHUNGLÜCKE	6
1.5 ZIELE UND FORSCHUNGSFRAGEN	7
2 METHODE	8
2.1 DESIGN.....	8
2.2 SUCHSTRATEGIE.....	8
2.3 EINSCHLUSS- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN.....	10
2.4 SCHRITTE DER STUDIENAUSWAHL	10
2.5 BEWERTUNG DER STUDIEN	12
3 ERGEBNISSE.....	14
3.1 BESCHREIBUNG DER VERWENDETEN STUDIEN.....	14
3.2 BARRIEREN BEI DER INANSPRUCHNAHME VON PROFESSIONELLER HILFE.....	16
3.3 NEGATIVE ERFAHRUNGEN UND WÜNSCHE	21
3.4 INFORMATIONQUELLEN.....	23
4 DISKUSSION.....	29
4.1 DISKUSSION DER BARRIEREN BEI DER INANSPRUCHNAHME VON HILFE	29
4.2 DISKUSSION DER INFORMATIONQUELLEN.....	33
4.3 STÄRKEN UND LIMITATIONEN DES LITERATURREVIEWS	36
5 SCHLUSSFOLGERUNG	37
5.1 PRAXISEMPFEHLUNG	37
5.2 FORSCHUNGSEMPFEHLUNG	38
LITERATURVERZEICHNIS	39
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	45
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	45
ANHANG: BEWERTUNGSBÖGEN	46

Zusammenfassung

Hintergrund: Harninkontinenz (HI) ist ein zunehmendes Gesundheitsproblem in der Gesellschaft, wovon Frauen und Männer betroffen sind. Häufig leiden Betroffene bereits längere Zeit an HI und suchen trotz der Folgen und negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität keine professionelle Hilfe auf. Da im Fall der Inanspruchnahme professioneller Hilfe zahlreiche Barrieren auftreten, nutzen viele Betroffene stattdessen die Möglichkeit alternativer Informationsressourcen.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist die Beschreibung der Barrieren, die bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei HI auftreten. Ein weiteres Ziel ist die Erörterung alternativer Informationsressourcen für Betroffene mit HI.

Methode: Eine systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed und CINAHL im Zeitraum von Oktober 2016 bis Jänner 2017 durchgeführt. Die ausgewählten Studien wurden mittels Bewertungsbögen auf deren Qualität geprüft. Die Studien mussten jeweils eine Gesamtbewertung von mindestens 80% aufweisen, um inkludiert zu werden.

Ergebnisse: Es wurden externe und interne Barrieren für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei HI beschrieben. Als externe Barrieren zeigten sich weite Wegstrecken und unzureichende Transportmöglichkeiten zu Kliniken sowie lange Wartezeiten auf einen Termin. Schamgefühle, Ängste, und Wissensdefizit zeigten sich als interne Barrieren. Ferner bestand zudem eine Sprachbarriere bei HI-Betroffenen, welche einer ethnischen Minderheit angehören. Von Seiten der HI-Betroffenen wurde der Wunsch geäußert, dass die genannten Barrieren überwunden werden und das Gesundheitspersonal gezielt über das Vorliegen von HI befragen solle. Alternative Informationsressourcen, wie zum Beispiel Broschüren, Workshops, das Internet sowie das soziale Umfeld zeigten positive Auswirkungen auf das hilfesusuchende Verhalten der HI-Betroffenen.

Schlussfolgerung: Barrieren für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei HI sind nach wie vor vorhanden. Die Aufgabe des Gesundheitspersonals ist es, diese zu überwinden, indem es das Thema HI direkt anspricht. Zudem sollten alternative Informationsressourcen umfangreicher zur Verfügung gestellt werden. Im Bereich der Forschung sollte vermehrt auf unterschiedliche Barrieren bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei HI-Betroffenen, insbesondere bei Männern, fokussiert werden.

Abstract

Background: Urinary incontinence (UI) is an increasing health problem in society. Women as well as men are affected. Often, they suffer from UI for a long period without seeking professional help, although UI has many consequences and a negative impact on the quality of life. Numerous barriers arise in the context of the consultation of professional help. Therefore, people concerned use the possibility of alternative information resources.

Objective: The aim of this paper is to describe the barriers that occur when professional help is claimed for UI. The second aim is to name other sources of information for persons with UI.

Method: A systematic literature research was carried out in the databases PubMed and CINAHL between October 2016 and January 2017. Selected studies were tested with regard to their quality with evaluation sheets. The studies needed an overall assessment of 80% to be included in the research.

Results: External and internal barriers of seeking professional help by people, suffering from UI were described. Those barriers included external barriers such as long distances and limited transportation to clinics and long waiting times for an appointment. Fear, anxiety and knowledge deficits were internal barriers. There was also a language barrier, especially for UI-affected people of an ethnic minority. UI-affected people wished to overcome the barriers and wanted health care professionals to directly ask them about the possibility of an existing UI. Alternative information resources as example brochures, workshops, the internet, social setting showed positive effects on the help seeking behavior of UI-affected people.

Conclusion: There are still barriers for seeking professional help for UI. The task for health care providers is to overcome the barriers, by addressing the issue of UI directly. Alternative information resources should be improved to their range of coverage. Additionally, upcoming researches should focus even more on different barriers of UI-affected people for seeking professional help, especially in men.

1 Einleitung

Die Einleitung dieser Bachelorarbeit befasst sich zuerst mit dem Hintergrund des Themas und der Definition zentraler Schlüsselwörter. Anschließend werden die Relevanz des Themas, die Ziele der Arbeit und die Forschungsfragen präsentiert.

1.1 Hintergrund

Harninkontinenz (HI) ist ein zunehmendes Gesundheitsproblem, welches unabhängig von Alter und Geschlecht auftreten kann (Statistik Austria 2015). Eine internationale Studie zeigt, dass im Jahr 2008 8,2% der Weltbevölkerung an HI litten und im Jahr 2018 die Prävalenz auf 8,5% ansteigen wird (Irwin et al. 2011). Bezogen auf das Geschlecht wird berichtet, dass in Österreich Frauen (5%) mehr als doppelt so häufig von HI betroffen sind als Männer (2%) (Statistik Austria 2015). Bei beiden Geschlechtern ist die Prävalenz im jungen Erwachsenenalter sehr niedrig, steigt im Alter jedoch bei Männern auf bis zu 11% und bei Frauen auf bis zu 22% an (Statistik Austria 2015). Laut einer Umfrage zur Blasengesundheit in Österreich litten die Betroffenen zum Zeitpunkt der Befragung schon viele Jahre an HI. Ein Fünftel der befragten Österreicherinnen/Österreicher war erst seit weniger als zwei Jahren und 20% der befragten Personen seit über zehn Jahren von HI betroffen. Die restlichen drei Fünftel litten bereits zwischen zwei und zehn Jahre an HI. (Rutkowski 2016)

1.2 Harninkontinenz

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Definition von HI und ihren verschiedenen Formen. Zudem werden Risikofaktoren sowie Folgen der Krankheit beschrieben.

1.2.1 Definition

Die International Continence Society (ICS) definiert HI als „jeglichen unwillkürlichen Harnverlust“ (Abrams et al. 2002, p. 168). HI ist demnach die fehlende oder mangelnde Fähigkeit des Körpers, den Blaseninhalt sicher zu speichern und selbst zu bestimmen, wann und wo er entleert werden soll.

HI kann in verschiedene Subtypen untergliedert werden, die sich in ihren spezifischen Eigenschaften unterscheiden (Staskin 2013). Diese werden nachfolgend beschrieben.

1.2.2 Formen von HI

Belastungsinkontinenz/Stressinkontinenz wird definiert als „unwillkürlicher Harnverlust bei Anstrengung [...], Husten oder Niesen“ (Abrams et al. 2002, p. 168). Die Harnröhre wird nur ungenügend verschlossen und kann bei einem erhöhten Bauchdruck zu Harnverlust führen (Gasser 2015). Dieser Subtyp ist nicht von Harndrang begleitet (Gust, Bartsch & Haferkamp 2014). Beim weiblichen Geschlecht ist der Grund für Belastungsinkontinenz eine geschwächte Beckenbodenmuskulatur oder ein geschädigter Bandapparat (Debus & Schuhmacher 2013). Bei Männern kommt es vor allem aufgrund einer operativen Entfernung der Prostata zu Belastungsinkontinenz (Milsom et al. 2013).

Dranginkontinenz äußert sich durch plötzlichen Harndrang mit unwillkürlichem Harnverlust, der nicht zurückgehalten werden kann (Haylen et al. 2010). Die Harnblase kann sich dabei wenig bis vollständig entleeren (Gust, Bartsch & Haferkamp 2014). Medizinisch wird davon ausgegangen, dass entweder eine Schädigung des harnaustreibenden Detrusormuskels in der Harnblase (Debus & Schuhmacher 2013) oder Stimuli in der Blase, welche zum Beispiel durch eine Strahlenblase oder durch Entzündungen beziehungsweise Gewächse in der Harnblase hervorgerufen werden, zu Dranginkontinenz führen (Gasser 2015). Ferner sind auch neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Demenz, Polyneuropathien, Schlaganfälle und Hirntumore für eine Dranginkontinenz verantwortlich (Debus & Schuhmacher 2013).

Bei der Kombination der beiden Subtypen Drang- und Belastungsinkontinenz wird von *Mischinkontinenz* gesprochen (Gasser 2015). Hierbei treten sowohl der plötzliche Harndrang mit anschließendem unwillkürlichen Harnverlust als auch der spontane Harnverlust bei Anstrengung, wie zum Beispiel bei körperlicher Aktivität, Husten oder Niesen, auf (Haylen et al. 2010).

Nächtliche *Enuresis* wird als „Harnverlust auftretend während des Schlafs“ (Abrams et al. 2002, p.168) definiert. Diese Form der HI tritt häufig bei Kindern und nur selten im Erwachsenenalter auf (Nijman et al. 2013).

Inkontinenz mit chronischer Harnretention, auch als Überlaufinkontinenz bekannt (Gust, Bartsch & Haferkamp 2014), ist laut ICS eine weitere Form der HI. Der Begriff Überlaufinkontinenz ist veraltet und wird deshalb für den Sprachgebrauch nicht

mehr empfohlen (Abrams et al. 2002). Von chronischer Harnretention wird gesprochen, wenn ein chronisch hohes Restharnvolumen in der Blase zurückbleibt, dieses jedoch keine Schmerzen verursacht (Haylen et al. 2010). Rosier et al. (2013) beschreiben, dass aufgrund der nicht vollständigen Entleerung kleine Mengen an Harn unwillkürlich ausgeschieden werden können.

Extraurethrale HI wird als „Harnverlust durch Gänge außerhalb der Harnröhre“ (Abrams et al. 2002, p. 171) definiert. Grund dafür sind Fistelbildungen, die Urin in den Darm, in die Vagina oder durch die Hautoberfläche leiten (Bürger-Mildenberger & Keller 2011).

In der Literatur wird darüber hinaus die *funktionelle Inkontinenz* beschrieben, welche in der Regel eine Erscheinung bei kontinenten Personen ist. Diese Form von Inkontinenz tritt nicht aufgrund von Störungen des Urogenitaltraktes auf, sondern durch „funktionelle, kognitive und mobile Beeinträchtigungen“, da infolge dieser die Toilette nicht rechtzeitig aufgefunden werden kann. (Staskin et al. 2013, p. 364)

Überdies wird *kontinuierlicher Harnverlust*, das „Leiden an andauerndem Harnverlust“ (Abrams et al. 2002, p. 168), als weitere Form von HI definiert.

In Abrams et al. (2002) werden zusätzlich dazu Formen der HI beschrieben, wie die „situationsabhängige Form, zum Beispiel [...] Harninkontinenz während des Koitus, oder die Lachinkontinenz“ (2002, p. 168).

Die *haltungsbedingte HI* beschreibt ICS nach Haylen et al. (2010) als „[...] unwillkürlichen Harnverlust bei Veränderung der Körperposition, wie zum Beispiel das Aufstehen von der sitzenden oder liegenden Position“ (2010, p. 5).

1.2.3 Risikofaktoren

Generell kann gesagt werden, dass viele Ursachen beziehungsweise Risikofaktoren existieren, die eine Entstehung von HI begünstigen.

Laut einer Studie von Linde et al. (2016) steigt die Wahrscheinlichkeit bei Männern und Frauen, unwillkürlich Harn zu verlieren, mit zunehmendem Alter an. Das Lebensalter ist jedoch nicht der wesentliche Faktor, der zu HI führt (Milsom et al. 2013), vielmehr spielt das Geschlecht eine Rolle. Die Anatomie und Physiologie des weiblichen Beckens – als Voraussetzung für Schwangerschaft und Geburt – hat einen Einfluss auf die Kontinenz (Linde et al. 2016). Die Anzahl der Geburten

(Milsom et al. 2013), insbesondere der vaginalen Geburten, ist ein zentraler Risikofaktor für HI (Linde et al. 2016). Eine vaginale Entfernung der Gebärmutter (Linde et al. 2016) oder auch die Menopause stellen bei Frauen laut Literatur weitere Risikofaktoren dar (Sensoy et al. 2013; Ahmed et al. 2013). Des Weiteren steht bei Frauen der BMI-Wert in enger Verbindung mit HI (Milsom et al. 2013). Bei Adipositas, das heißt ab einem BMI von 30 (Linde et al. 2016), besteht bei Frauen ein „doppelt so großes Risiko für HI“ (Milsom et al. 2013, p. 33) wie bei Normalgewichtigen. Bei Männern hingegen hat ein hoher BMI-Wert keine negativen Auswirkungen auf die Kontinenz (Linde et al. 2016). Bei ihnen sind es in erster Linie Operationen an der Prostata (Linde et al. 2016), Harnwegsinfektionen und neurologische Erkrankungen wie Parkinson, die als Risikofaktoren gelten (Milsom et al. 2013).

Stuhlinkontinenz, Lower Urinary Tract Symptome (Linde et al. 2016) – dazu gehören Dringlichkeit, nächtliches Harnlassen, Gefühl der unvollständigen Entleerung etc. (Milsom et al. 2013) – und Darmträgheit sind bei beiden Geschlechtern weitere Risikofaktoren (Linde et al. 2016).

Zudem wird dem Konsum von Nahrungsmitteln, wie Kaffee oder kohlen säurehaltigen Getränken, und Tabak ein negativer Einfluss auf die Kontinenz zugeschrieben; dies ist jedoch bislang nicht eindeutig belegt (Milsom et al. 2013).

HI tritt häufig in Korrelation mit Erkrankungen wie Diabetes Mellitus, Demenz und ischämischer Herzattacke auf und kann Begleiterscheinung bei Stürzen oder Schwindel sein (Milsom et al. 2013).

1.2.4 Folgen

HI kann sowohl soziale als auch psychische Folgen nach sich ziehen. Rutkowski (2016) gibt an, dass 44% der befragten HI-Betroffenen Einschränkungen in ihrer Lebensqualität erfahren. Körperliche Aktivitäten, die Ausübung des Berufs (Rutkowski 2016), Freizeitunternehmungen – was beispielsweise Theaterbesuche (Hayder & Schnepf 2010), Treffen mit Freundinnen/Freunden oder Reisen einschließt – und soziale Beziehungen werden erheblich beeinflusst (Nilsson, Lalos & Lalos 2009). Zudem hat HI, insbesondere bei stärkerem Harnverlust, negative Auswirkungen auf sexuelle Beziehungen, da darunter oftmals die geschlechtliche

Identität leidet (Hayder 2012). Auch mentale Folgen wie Depressionen, welche zur Isolation führen können, sind bei HI-Betroffenen bekannt (Mallah et al. 2014).

1.3 Inanspruchnahme von Hilfe

Nachdem erläutert wurde, was unter HI zu verstehen ist, wird im Folgenden auf die Hilfesuche und Informationsressourcen eingegangen. Ferner wird die Stigmatisierung, die mit HI einhergeht, dargestellt.

1.3.1 Hilfesuche und Informationsressourcen

Cornally & McCarthy (2011) definieren Hilfesuche als einen Prozess, der als Reaktion auf ein Problem entsteht. Da ein bestimmtes Problem nicht allein gelöst werden kann, werden Dritte zur Hilfe herangezogen (Cornally & McCarthy 2011).

Hilfe kann über informelle und formelle Informationsquellen erfolgen. Als informelle Informationsquellen gelten Familienangehörige, Freundinnen/Freunde, die Partnerin/der Partner, Bekannte und soziale Netzwerke. Zu den formellen Informationsquellen werden professionelle Gesundheitsanbieterinnen/Gesundheitsanbieter, wie zum Beispiel pflegerisches, ärztliches und therapeutisches Personal, gezählt. (Rickwood & Thomas 2012)

Das formelle hilfesuchende Verhalten ist ein Entscheidungsprozess und wird nach Cornally & McCarthy (2011, p. 286) als „*problem focused, planned behaviour, involving interpersonal interaction with a selected health-care professional*“ definiert.

1.3.2 Stigmatisierung und Inanspruchnahme von Hilfe

HI gilt in der Gesellschaft als Tabuthema (Elenskaia et al. 2011). Die Kontinenz als die Fähigkeit zur Blasenkontrolle gilt als ein Meilenstein der kindlichen Entwicklung (Hayder, Kuno & Müller 2012), weshalb die mit Kontinenz verbundene, willkürliche Ausscheidung zum richtigen Zeitpunkt und am richtigen Ort als „gesellschaftliche Regel und Zeichen von Autonomie“ (Hayder, Kuno & Müller 2012, p. 35) angesehen wird. Personen, die an HI leiden, können sich jedoch nicht an diese Regel halten und verstoßen ungewollt dagegen (Hayder, Kuno & Müller 2012).

Durch die statistische Darstellung kann die Stigmatisierung aufgezeigt werden. So wurde unter jenen Österreicherinnen/Österreichern, die bei der

Gesundheitsbefragung angaben, an HI zu leiden, die HI lediglich bei 68% auch offiziell diagnostiziert (Statistik Austria 2015). Der Anteil der Menschen, der tatsächlich an HI leidet, ist somit höher, als die Anzahl der Personen, die aufgrund von HI Hilfe in Anspruch nimmt (Kwon & Lee 2014).

Laut einer internationalen Studie von Tannenbaum et al. (2015) haben sich nur wenige öffentliche Gesundheitsinitiativen zum Ziel gesetzt, Kontinenz zu fördern, obwohl die sozialen, psychischen und physischen Auswirkungen auf die Betroffenen bekannt sind. Die Aufgaben der Kontinenzförderung umfassen die Möglichkeiten der Besserung und Heilung der Symptome in allen Altersgruppen sowie die Aufklärung über therapeutische Möglichkeiten und die Richtigstellung falscher Ansichten. (Tannenbaum et al. 2015)

1.4 Relevanz und Forschungslücke

Obwohl Betroffene langjährig an HI leiden (Rutkowski 2016), suchen sie keine professionelle Hilfe auf, um HI zu behandeln (Kwon & Lee 2014). Aus dieser Tatsache wird ersichtlich, dass Barrieren für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe existieren.

Newman et al. (2013) erwähnt, dass meist die Pflegepersonen die Ersten sind, die das Bestehen einer Inkontinenz bei Betroffenen bemerken. Die Gesundheits- und Krankenpflegeperson ist gesetzlich dazu verpflichtet, Patientenedukation durchzuführen. § 14 GuKG regelt diesen Tätigkeitsbereich und beinhaltet genauer gesagt die Förderung der Gesundheitskompetenz, die Gesundheitsförderung und -beratung in der Pflege. Durch die Edukation der von HI betroffenen Personen können nach Howard und Steggall (2010) Barrieren, die bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe auftreten, überwunden werden. Für professionelles Gesundheitspersonal (GHpersonal) ist es daher wichtig, diese Barrieren zu kennen, um unterstützend Hilfe leisten zu können.

Nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für viele Fachkräfte ist es schwierig, entsprechende Informationsressourcen zu erhalten. In Österreich liegen nur wenige Studien hierzu vor und es konnte kein aktuelles Review gefunden werden, in dem mehrere Barrieren der HI-Betroffenen bei Inanspruchnahme von professioneller Hilfe gleichzeitig oder verschiedene Möglichkeiten von Informationsquellen zum

Thema HI beleuchtet werden. Darausfolgend soll die vorliegende Arbeit diese Lücke durch das Zusammenfügen internationaler Literatur in Form eines Reviews füllen.

1.5 Ziele und Forschungsfragen

Die leitenden Ziele der Bachelorarbeit sind es, die Barrieren bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei HI zu beschreiben und andere Informationsressourcen für Betroffene mit HI, die in der internationalen Forschungsliteratur dargelegt werden, zu nennen.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- 1.) Welche Barrieren bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei HI werden in der internationalen Literatur beschrieben?
- 2.) Welche anderen Informationsquellen für Betroffene mit HI werden anstatt der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe in der internationalen Literatur genannt?

1 Methode

In diesem Kapitel werden zunächst das Forschungsdesign, die angewandte Methode und die Kriterien für die Auswahl der Studien erläutert. Anschließend erfolgt eine tabellarische Darstellung der einzelnen Bewertungen der ausgewählten Studien.

1.1 Design

Als Forschungsdesign für diese Arbeit wurde eine Literaturübersicht gewählt. Studien, die zur Beantwortung der zwei genannten Forschungsfragen herangezogen wurden, wurden kritisch bewertet.

Gray (2017) beschreibt, dass ein Literaturreview die neuesten und wichtigsten Informationen über ein Thema präsentiert. Es werden drei Stufen für die Durchführung eines Literaturreviews beschrieben, die sich während des Prozesses wiederholen können. In der ersten Stufe wird nach Literatur gesucht, anschließend werden die ausgewählten Studien auf ihre Qualität geprüft und synthetisiert und im letzten Schritt folgt das Schreiben der Literaturübersicht. (Gray 2017)

1.2 Suchstrategie

Als Datenerhebungsmethode wurde eine systematische Literatursuche in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Eine systematische Suche bedeutet laut Polit und Beck (2017), dass logisch nachvollziehbare Schritte nach einem bestimmten Schema durchgeführt werden.

Die Literatursuche begann im Oktober 2016 und endete Anfang Jänner 2017. Um die Forschungsfragen gezielt beantworten zu können, wurde zur jeweiligen Forschungsfrage eine bestimmte Suchstrategie entwickelt.

Zuerst wurde nach geeigneten MeSH Terms in PubMed und Subheadings in CINAHL gesucht. „Urinary Incontinence“ wurde als MeSH Term beziehungsweise Subheading verwendet. Zu den jeweiligen weiteren Keywords gab es zwar Überbegriffe wie „health information“, „help seeking behavior“ und „information seeking behavior“, jedoch konnten damit keine relevanten Studien gefunden werden. So wurden diverse Schlüsselwörter durch den logischen Operator OR

miteinander verknüpft. Damit die Datenbank mehr Suchergebnisse liefert, wurden für die Suche bei einzelnen Keywords Trunkierungen (*) verwendet.

In der Tabelle 1 werden die verwendeten Schlüsselwörter mit Trunkierungen und MeSH Terms beziehungsweise Subheadings aufgezeigt.

Tab.1 Keywords, MeSH Terms, Subheadings, Trunkierungen

Deutsche Schlüsselwörter	Englische Schlüsselwörter	MeSH Term/Subheading sowie Trunkierung
Harninkontinenz	urinary incontinence	urinary incontinence
hilfesuchendes Verhalten, Barriere, Hilfesuche	help seeking barrier, barrier, help seeking, health seeking, healthcare seeking, care seeking	help seeking barrier*, barrier*
Informationsquellen, Gesundheitsinformationen Gesundheitsdienst, soziales Umfeld, Gesundheitsfürsorge	health information, information source, health service, social network, health care	health information* information source*, health service*, social network*

Die jeweiligen Keywords wurden mit dem MeSH Term beziehungsweise Subheading „Urinary Incontinence+“ mittels des logischen Operators AND verbunden.

In PubMed wurde für die erste Forschungsfrage folgende Suchstrategie verwendet: „Urinary Incontinence“ [MeSH] AND (help seeking OR health seeking OR health care seeking OR help seeking barrier* OR barrier* OR care seeking). In CINAHL erfolgte dieselbe Strategie. „Urinary Incontinence+“ wurde dort als Subheading verwendet.

Für die zweite Forschungsfrage wurde folgende Suchstrategie angewendet: „Urinary Incontinence“ [MeSH] AND (information source* OR health service* OR

social network* OR health care OR health information*). Die Suchstrategie bei CINAHL war dieselbe, nur wurde dort wiederum „Urinary Incontinence+“ als Subheading eingesetzt.

1.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Es wurden nur Studien, die nicht älter als zehn Jahre sind, in die Suche eingeschlossen. Ebenso wurde ausschließlich englisch- und deutschsprachige Literatur berücksichtigt. Die verwendeten Schlüsselwörter in der Suchstrategie, mussten entweder im Titel oder im Abstract der jeweiligen Studie enthalten sein. Ein weiteres Kriterium war, dass die Studien gezielt die Barrieren bezüglich der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe beleuchten. Ferner wurden Studien, die sich mit Informations- und Unterstützungsressourcen für HI-Betroffene befassen, Gegenstand der Suche.

Studien, die sich mit Stuhlinkontinenz oder ausschließlich mit Symptomen des unteren Harnweges beschäftigen, wurden ausgeschlossen. Außerdem wurden keine Studien inkludiert, die sich zusätzlich zur HI mit Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes Mellitus oder Demenz, befassen. Des Weiteren wurden Studien, deren Zielgruppe Kinder mit HI darstellt, sowie Studien über die medizinische Behandlung von HI ausgeschlossen.

1.4 Schritte der Studienauswahl

Die Suchanfrage lieferte unter Berücksichtigung der zuvor genannten gesetzten Limitationen insgesamt 649 Suchergebnisse. Zu Beginn erfolgte ein Titel-Screening in der jeweiligen Datenbank. Die Studien wurden inkludiert, wenn Keywords oder Abweichungen von diesen, wie zum Beispiel „continence“, „promotion“, „perception“ oder „attitude“, vorhanden waren. Abweichungen von Keywords, die die Art der Informationsressource aufzeigten, zum Beispiel „talking with others“ oder „internet-based treatment“, wurden ebenso eingeschlossen. Danach wurden Duplikate mithilfe des Programms Endnote entfernt. Im weiteren Verlauf wurde ein Abstract Screening von den übrigen Studien durchgeführt. Wenn der Abstract keine relevanten Informationen für die Forschungsfrage lieferte, die Einschlusskriterien nicht erfüllt wurden und/oder unvollständig beziehungsweise nicht aussagekräftig waren, wurden die Studien exkludiert. Danach wurden die Volltexte quergelesen,

um weitere irrelevante Studien zu identifizieren. Schlussendlich wurden zehn Studien für die Bewertung ausgewählt. Zwei davon wurden im weiteren Verlauf aufgrund schlechter Bewertungen ausgeschlossen, sodass letztlich insgesamt acht Studien inkludiert wurden.

Ein Flussdiagramm (Abb. 1) wurde erstellt, um die Schritte der Suche grafisch darzustellen.

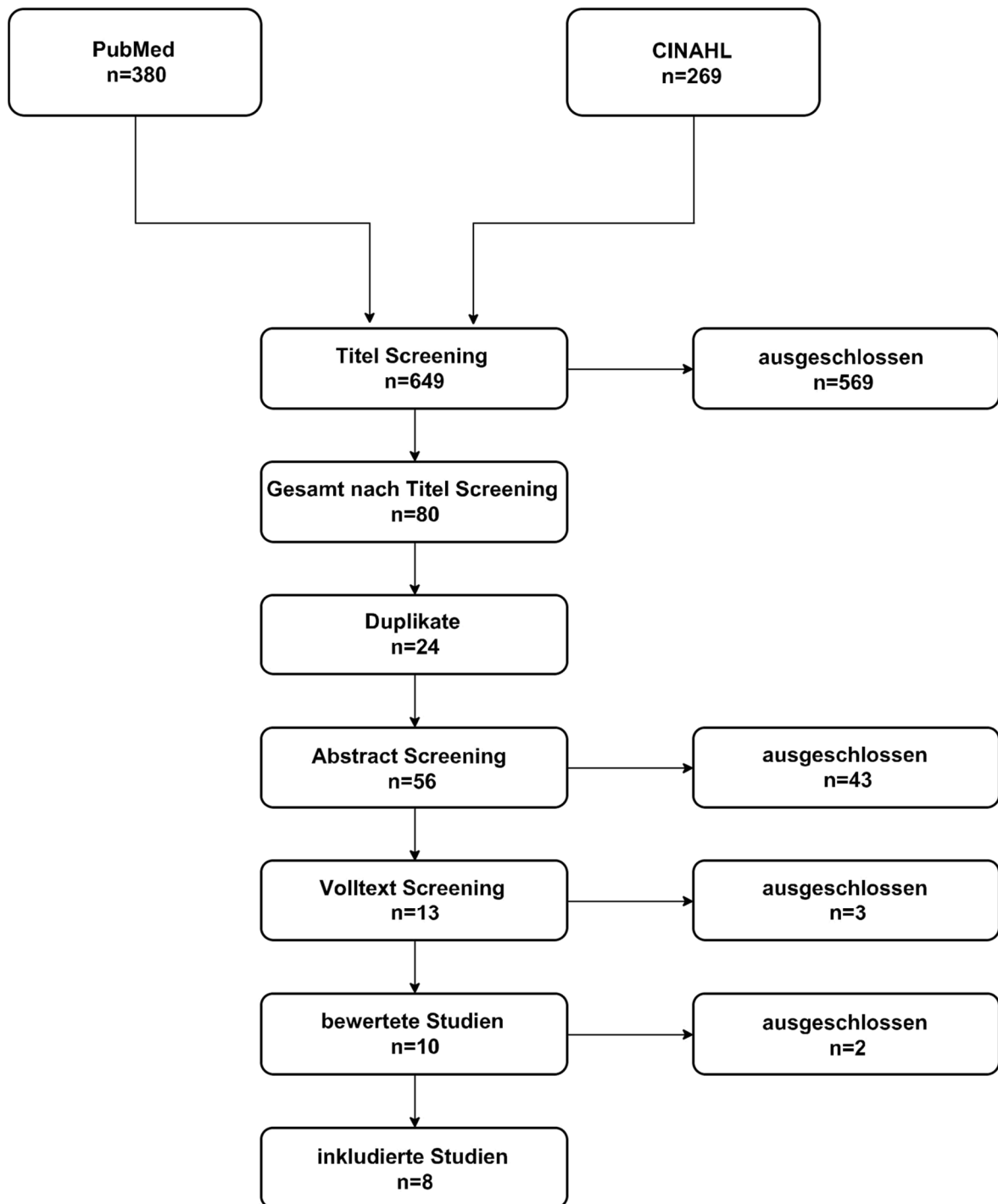


Abb. 1 Flussdiagramm

1.5 Bewertung der Studien

Die eingeschlossenen Studien (n=8) wurden mit diversen Bewertungsbögen (siehe Anhang) auf ihre Qualität geprüft. Für die qualitativen und quantitativen Studien wurde der Bewertungsbogen von Bauer (2014) verwendet. Die Querschnittstudie wurde mithilfe des Bewertungsbogens von Schüssler (2014a), die Kohortenstudie mit einem weiteren Bewertungsbogen von Schüssler (2014b) beurteilt. Die bewerteten Studien konnten pro Kategorie 5 Punkte erreichen und mussten eine positive Gesamtbewertung von mindestens 80% aufweisen, um in die Arbeit eingeschlossen werden zu können (siehe Tab. 2).

Tab. 2 Bewertung der Studien, 0–5 Punkte pro Kategorie, ab ≥ 80% eingeschlossen

Andersson et al. 2009: 91%							
Title	Abstract	Introduction	Methods General	Design	Sample	Ethics	Setting
4	4	4	5	5	4	5	5
Data collection	Data analysis	Results	Discussion	References	Using results		
4	4	5	5	5	5		64/70
Björk et al. 2014: 91%							
Title	Abstract	Introduction	Methods General	Design	Sample	Ethics	Setting
5	3	4	5	5	5	5	5
Data collection	Data analysis	Results	Discussion	References	Using results		
4	4	5	4	5	5		64/70
Doshani et al. 2007: 90%							
Title	Abstract	Introduction	Methods General	Design	Sample	Ethics	Setting
4	4	3	5	5	4	4	5
Data collection	Data analysis	Results	Discussion	References	Using results		
5	4	5	5	5	5		63/70

Franzen et al. 2008: 85%							
Title	Abstract	Introduction	Methods General	Design	Sample	Ethics	Setting
4	3	3	4	5	4	5	4
Experi- ment	Data collection	Data analysis	Results	Discussion	References	Using results	
5	5	5	5	3	5	4	64/75

Hägglund & Wadensten 2007: 87%							
Title	Abstract	Introduction	Methods General	Design	Sample	Ethics	Setting
4	4	3	5	5	4	5	4
Data collection	Data analysis	Results	Discussion	References	Using results		
5	4	5	3	5	5		61/70

Jackson et al. 2012: 87%							
Title	Abstract	Introduction	Methods General	Design	Sample	Ethics	Setting
3	3	4	5	4	5	5	5
Data collection	Data analysis	Results	Discussion	References	Using results		
5	4	5	4	5	4		61/70

Svihra et al. 2012: 84%							
Title	Abstract	Introduction	Methods General	Design	Sample	Setting	Measure- ment
4	4	4	5	5	5	5	5
Data collection	Data analysis	Results	Discussion	Conclusion	References		
3	5	3	3	3	5		59/70

Tannenbaum et al. 2010: 93%							
Title	Abstract	Introduction	Methods General	Design	Sample	Setting	Measure- ments
4	4	4	5	5	5	5	4
Data collection	Data analysis	Results	Discussion	Conclusion	References		
5	5	4	5	5	5		65/70

2 Ergebnisse

In dieses Literaturreview wurden acht Studien für die Beantwortung der Forschungsfragen eingeschlossen. Im Folgenden werden die Ergebnisse von fünf qualitativen Studien (Andersson et al. 2009; Hägglund & Wadensten 2007; Björk et al. 2014; Doshani et al. 2007, Jackson et al. 2012), einer quantitativen Studie (Franzen et al. 2008), einer Querschnittstudie (Svihra et al. 2012) und einer Kohortenstudie (Tannenbaum et al. 2010) zusammengefasst.

2.1 Beschreibung der verwendeten Studien

In der Querschnittstudie von Svihra et al. (2012) wurden Barrieren von Männern und Frauen mit HI bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe untersucht. Neben demographischen Daten wurden zwei validierte Instrumente, „Barriers to Incontinence Care Seeking Questionnaire“ (BICS-Q) und „International Consultation Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form“ (ICIQ-UI SF), für die Datenerhebung verwendet. BICS-Q wird für die Messung von Barrieren, die bei der Hilfesuche auftreten, gebraucht. Das Instrument ICIQ-UI SF misst die Häufigkeit und Stärke der HI und die Lebensqualität der Betroffenen. Insgesamt nahmen 420 Frauen und 147 Männer an der Studie teil. (Svihra et al. 2012)

Die qualitative Studie von Hägglund und Wadensten (2007) beschäftigte sich mit dem hilfesuchenden Verhalten von unter HI leidenden Frauen. Hierfür wurde ein phänomenologisches hermeneutisches Design verwendet. 13 Frauen zwischen 37 und 52 Jahren, die von HI betroffen sind und keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, wurden dazu in ihrem Zuhause interviewt. (Hägglund & Wadensten 2007)

Doshani et al. (2007) führten in ihrer qualitativen Studie vier Fokusgruppendifkussionen mit jeweils sechs indischen Probandinnen in Leicester durch, wo diese eine ethnische Minderheit bilden. Im Rahmen der Studie wurden Ansichten und Erfahrungen über HI erhoben. Bei der Zusammenstellung der Fokusgruppen wurde darauf geachtet, dass Frauen mit derselben Sprache und einem annähernd gleichen Alter in dieselbe Fokusgruppe kamen. (Doshani et al. 2007)

Ebenso durch eine Fokusgruppenstudie wurden von Andersson et al. (2009) die Sichtweisen über HI von syrischen Frauen mit christlichem Glauben in Schweden erhoben. Verwendet wurde ein qualitatives, deskriptives Design. Das Alter der 14 Probandinnen reichte von mindestens 30 bis über 80 Jahre. Da vor allem die älteren Frauen nicht schwedisch sprachen beziehungsweise verstanden, wurde eine Dolmetscherin als Hilfe herangezogen. (Andersson et al. 2009)

Björk et al. (2014) führten ein qualitatives Follow-up durch, das auf einer randomisierten kontrollierten Studie basierte, die ein Jahr zuvor von anderen Forscherinnen/Forscher durchgeführt worden war. In der randomisierten Studie wurden zwei Therapieprogramme zum Beckenbodentraining gegen Stressinkontinenz miteinander verglichen. Für einen Teil der Teilnehmerinnen fand die Therapie über das Internet statt. Die Frauen hatten die Möglichkeit, via E-Mail eine GHfachkraft (Gesundheitsfachkraft) mit dem Fachgebiet Urologie zu kontaktieren. Der andere Teil der Teilnehmerinnen erhielt die Instruktionen für die Therapie per Post und wurde dabei nicht von einer GHprofession (Gesundheitsprofession) begleitet. Björk et al. (2014) wählten in ihrem qualitativen Follow-up Frauen dieser Studie aus, um herauszufinden, welche Erfahrungen die Teilnehmerinnen mit den Therapieprogrammen gemacht hatten. Des Weiteren wurde erforscht, wie diese Therapieformen die Tendenz, professionelle Hilfe aufzusuchen, beeinflusst hatten. (Björk et al. 2014)

Die quantitative Studie von Franzen et al. (2008) beschäftigte sich mit dem Effekt von HI-Broschüren in Bezug auf Wissen, individuelles Gesundheitsverhalten und Selbstmanagement bei einer zufällig ausgewählten Population in Schweden. Für die Studie wurde ein experimentelles Design verwendet. Hierfür wurde ein vorab getesteter Fragebogen mit 19 Multiple-Choice-Fragen und einer offenen Frage versendet. Das Sample umfasste 1738 Personen, wovon 28% selbst Erfahrungen mit HI gemacht hatten. (Franzen et al. 2008)

Die quasi-experimentelle Kohortenstudie von Tannenbaum et al. (2010) untersuchte die Auswirkungen von Workshops zum Thema HI auf die Einstellung, das Wissen, das Selbstmanagement und das Gesundheitsverhalten von älteren Frauen mit HI. In die Untersuchung eingeschlossen wurden Frauen über 55 Jahre mit HI-Erfahrungen, die noch nie Hilfe aufgesucht hatten. Demographische Daten wurden erhoben und Messungen für den HI-Typ und die Häufigkeit wurden

durchgeführt. Vor und nach dem Workshop wurden die Teilnehmerinnen gefragt, ob sie bereit wären, Hilfe aufzusuchen. Des Weiteren wurden nach drei bis sechs Monaten telefonisch Interviews durchgeführt, um zu sehen, inwieweit professionelle Hilfe in Anspruch genommen worden war. (Tannenbaum et al. 2010)

Jackson et al. (2012) untersuchten, welche Personen aus dem sozialen Umfeld der Betroffenen (Familie, Freundinnen/Freunde oder Bekannte) als Ressource für Informationen und Unterstützung für die jeweilige ethnische Geschlechtergruppe eine Rolle spielten. Des Weiteren wurde erforscht, inwieweit sich das Selbstmanagement und Hilfesuchverhalten von Frauen/Männern mit urinausscheidenden Symptomen durch die Kommunikation mit anderen Personen verbessert hatte. Die Autorinnen/Autoren definierten die urinausscheidende Symptomatik als HI und Untergruppen von dieser. Es handelte sich hierbei um eine qualitative Studie mit einer zusätzlichen deskriptiven prozentuellen Darstellung von Personengruppen. 144 Teilnehmerinnen/Teilnehmer mit urinausscheidenden Symptomen wurden inkludiert. Für die Datenerhebung wurden als Methode Tiefeninterviews mit einer Dauer von jeweils 60 Minuten durchgeführt. (Jackson et al. 2012)

2.2 Barrieren bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe

Sechs Studien (Svihra et al. 2012; Björk et al. 2014; Doshani et al. 2007; Hägglund & Wadensten 2007; Jackson et al. 2012; Andersson et al. 2009) konnten zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage in Bezug auf die Barrieren bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe durch HI-Betroffene herangezogen werden. Laut Svihra et al. (2012) traten bei Betroffenen sowohl externe als auch interne Barrieren auf. In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Studien im Hinblick auf die verschiedenen Barrieren dargelegt.

2.2.1 Externe Barrieren

In den Studien zeigte sich, dass das lange Vorausplanen eines Behandlungstermins bei der Ärztin/beim Arzt für 41,6% der befragten von HI betroffenen Frauen/Männer ein Hindernis darstellte, professionelle Hilfe zu konsultieren. Für 59,1% war ebenso die Wartezeit bei der Ärztin/beim Arzt zu lange. Für 19,8% waren die Kosten für die Diagnostik der HI zu hoch. Die weiten Wegstrecken erwiesen sich für 50,1% und

die fehlenden Transportmöglichkeiten zum Krankenhaus oder zur ärztlichen Praxis für 44,1% als weitere Barrieren. Bei 26,5% HI-Betroffenen scheiterte die Inanspruchnahme von Hilfe daran, dass sie keine professionellen Gesundheitsanbieterinnen/Gesundheitsanbieter kannten, die sie bei eintretender HI konsultieren könnten. Für 32,1% der HI-Betroffenen waren die begrenzten Ordinationszeiten in den Praxen eine Barriere für das Aufsuchen einer Ärztin/eines Arztes. (Svihra et al. 2012). In diesem Zusammenhang erwähnten Teilnehmerinnen in der Studie von Andersson et al. (2009), dass nach der Arbeit die Praxen meist nicht mehr geöffnet hätten.

Zudem stellten Svihra et al. (2012) bestimmte Faktoren fest, die Einfluss auf die Inanspruchnahme von Hilfe ausüben können. Diese wurden in ihrer Studie zu weiteren externen Barrieren gezählt. Bei HI-Betroffenen mit einem hohen ICIQ-UI SF Score, was einen höheren Grad von HI bedeutet, war es wahrscheinlicher, dass keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wurde. Des Weiteren stellte sich das Übergewicht bei Frauen als beeinflussender Faktor für die Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe heraus. Als weniger beeinflussender Faktor wurden bereits erfolgte Prostata- und Gebärmutterentfernungen genannt. (Svihra et al. 2012)

2.2.2 Ängste und Schamgefühl als interne Barrieren

Als weitere Barrieren bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe wurden in verschiedenen Studien das Auftreten von Ängsten und das Empfinden von Scham identifiziert (Hägglund & Wadensten 2007; Doshani et al. 2007; Andersson et al. 2009). Svihra et al. (2012) zählten diese zu den internen Barrieren, die neben den externen Barrieren für die HI-Betroffenen eine weitere Rolle für die Inanspruchnahme von Hilfe spielen.

Angst

Svihra et al. (2012) zeigten auf, dass bei 59,4% der befragten HI-Betroffenen die Angst vor dem Aufsuchen einer professionellen GHfachkraft existierte. Auch bestand die Furcht vor der Diagnose von HI. Diese trat bei 38,5% der Befragten auf und war ein entscheidender Faktor für die Nichtinanspruchnahme von Behandlungen. (Svihra et al. 2012)

Doshani et al. (2007) fanden heraus, dass die Angst vor Demütigung für einige Frauen eine Barriere für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe darstellte. Die Angst vor der Reaktion der Mitmenschen sowie des GHpersonals und deren Einstellungen gegenüber HI waren weitere Barrieren, die zum Schweigen der Betroffenen führten (Hägglund & Wadensten 2007).

Schamgefühl

In Hägglund & Wadensten (2007) wurde beschrieben, dass der Umgang mit HI mit dem erlernten Verhalten im Kindesalter zusammenhängt. Eine Frau schilderte: „*It is a disgrace to leak. You learned to not wet your pants as a child. [...]*“ (Hägglund & Wadensten 2007, p. 308)

Aufgrund des Schamgefühls erwähnen die Frauen nur selten ihren unwillkürlichen Harnverlust. Laut Betroffenen wäre es einfacher über andere Gesundheitsthemen wie Diäten oder Krankheiten wie Diabetes Mellitus zu sprechen. Ihrer Ansicht nach bestünden im privaten Bereich Abneigungen bei Gesprächen über HI. (Hägglund & Wadensten 2007; Björk et al. 2014)

Björk et al. (2014) stellten fest, dass von den Betroffenen ein direkter Kontakt mit professionellem GHpersonal zur Behandlung von HI als beschämend und entblößend empfunden wurde. Insbesondere das Schamgefühl gegenüber der praktischen Ärztin/dem praktischen Arzt wurde in allen vier Fokusgruppen in Doshani et al. (2007) geschildert, wobei dies mit dem Geschlecht des GHpersonals begründet wurde. Frauen gaben an, dass sie nicht von einer männlichen GHprofession für die Diagnose von HI untersucht werden möchten. So wurden von der südasiatischen Minderheit in Leicester Ärztinnen und Krankenpflegerinnen für gesundheitliche Probleme bevorzugt. Frauen berichteten, dass es für sie einfacher sei, über Harnverlust zu sprechen, wenn das Gegenüber dasselbe Geschlecht besäße. (Doshani et al. 2007)

Diese Ergebnisse deckten sich zum Teil mit den Resultaten der Studie von Andersson et al. (2009). Sie beschrieben, dass sich vor allem ältere gegenüber männlichen Ärzten schämten. Unter HI leidende Frauen gaben an, sich zu genieren, wenn sie sich vor einem Mann entblößen müssten und dieser eine Untersuchung des Genitalbereichs durchführen würde. Insbesondere für Frauen mit anderem ethnischen Hintergrund sei das Ausziehen vor einem fremden Mann unvorstellbar

und ein Tabu. Ein Teil der befragten Frauen gab jedoch an, dass sie sowohl eine Ärztin als auch einen Arzt konsultieren würden. (Andersson et al. 2009)

2.2.3 Niedrige Priorität und Wissen als interne Barrieren

Hägglund und Wadensten (2007) fanden heraus, dass die betroffenen Frauen ihren Blasenproblemen oftmals eine geringe Priorität zugeschrieben haben. Den Harnverlust empfanden die befragten Frauen zwar als störend, jedoch stuften sie dieses Problem als nicht gravierend ein (Hägglund & Wadensten 2007). Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der betrachteten Studien von Doshani et al. (2007) und Björk et al. (2014).

Anderen gesundheitlichen Problemen, die zum Beispiel das Herz betreffen, wurde im Vergleich zur HI mehr Priorität zugeschrieben. Auch wenn die Betroffenen die Ärztin/den Arzt aufgrund anderer medizinischer Probleme aufgesucht hatten, erwähnten sie die Harninkontinenzsymptomatik nicht. (Doshani et al. 2007)

In Hägglund & Wadensten (2007) äußerten die Betroffenen, nicht genügend Zeit aufbringen zu können, um sich ihrer eigenen Gesundheit zu widmen. Die Fürsorge für die eigenen Kinder und den Ehemann stünden stets an erster Stelle. So sei der Alltag mit Arbeit und familiären Tätigkeiten ausgelastet und die eigene Gesundheit finde keinen Platz. (Hägglund & Wadensten 2007)

Nach Björk et al. (2014) waren wenig Wissen über HI und ihre Behandlungsmöglichkeiten weitere Barrieren, um Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Betroffenen akzeptierten den Harnverlust und beschrieben diesen als Normalität beziehungsweise Natürlichkeit (Doshani et al. 2007; Hägglund & Wadensten 2007; Jackson et al. 2012). Von diversen Erklärungen für die Ursachen des unwillkürlichen Harnverlusts waren die Betroffenen überzeugt (Doshani et al. 2007). Eine Ansicht war, dass mit dem Alter Muskeln schwächer werden würden, was auch den Beckenboden betreffen könne (Doshani et al. 2007; Andersson et al. 2009). Harnwegsinfektionen oder erbliche Veranlagung wurden auch als Begründungen genannt (Hägglund & Wadensten 2007). In der Studie von Andersson et al. (2009) erzählten syrische Frauen, dass die harte Arbeit in ihrer ehemaligen Heimat und das kalte Klima in der neuen Umgebung einen negativen Einfluss auf die Kontinenz hätte und sie deswegen den unwillkürlichen Harnverlust erleben würden. Ferner bestand die Meinung, dass HI bei Frauen eine natürliche Konsequenz von

Schwangerschaft und Geburt sei und keine Möglichkeit bestehe, etwas dagegen zu tun (Hägglund & Wadensten 2007). Weiters bestand bei den Betroffenen die Ansicht, dass sie aufgrund zu hoher Flüssigkeitsaufnahme unwillkürlich Harn verlieren würden (Doshani et al. 2007).

Unsicherheiten bestanden darin, ob und welche Behandlungen möglich seien und ob HI eine Folge des natürlichen Alterungsprozesses oder einer Geburt sein könne (Björk et al. 2014). Die meisten Teilnehmerinnen der Studie von Doshani et al. (2007) waren der Meinung, dass gar keine Behandlungsmöglichkeiten für HI zur Verfügung stünden. Die jüngere Generation hatte zwar schon von Beckenbodenübungen gehört, jedoch wussten sie nicht, wie und warum genau sie diese nach der Schwangerschaft durchführen sollten (Doshani et al. 2007).

2.2.4 Sprachbarrieren

Sprachbarrieren traten vor allem bei ethnischen Minderheiten auf. In der Studie von Andersson et al. (2009) wurde aufgezeigt, dass die syrischen Frauen keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, weil sie die Landessprache ihrer neuen Heimat weder sprachen noch verstanden. Die HI-Probleme konnten der Ärztin/dem Arzt demnach nicht verbal geschildert werden und mögliche Therapiemaßnahmen, die angeboten worden waren, wurden nicht verstanden. Von dieser Barriere war in dieser Studie vor allem die ältere Generation betroffen. Die jüngeren Frauen waren mit der Nationalsprache aufgewachsen, weshalb diese für diese Generation kein Problem darstellte. In Bezug auf Sprachbarrieren zeigte sich, dass sich Familienmitglieder, sei es die Tochter oder Schwiegertochter, für ältere HI-Betroffene als Dolmetscherinnen gut eigneten. Es wurde jedoch erklärt, dass dies aufgrund der Berufstätigkeit der Tochter beziehungsweise Schwiegertochter zeitlich nicht immer möglich sei. Die südasiatische weibliche Minderheit wünschte sich bei einer ärztlichen Untersuchung eine weibliche Dolmetscherin, wenn diese benötigt werde. Eine große Barriere für die Frauen stellten männliche Dolmetscher dar. Die Betroffenen erklärten, dass sie dann nur schwer über ihre HI-Problematik sprechen könnten. (Andersson et al. 2009)

In der Studie von Doshani et al. (2007) gaben nur wenige Frauen an, eine professionelle Dolmetscherin/einen professionellen Dolmetscher zur Untersuchung mitnehmen zu wollen. Die Befragten äußerten Scheu, wenn sie vor zwei Fremden,

das heißt vor der Dolmetscherin/dem Dolmetscher und der Ärztin/dem Arzt, ihre HI-Symptomatik schildern müssten. Ängste, dass die Dolmetscherin/der Dolmetscher etwas über private Themen erfahren könnte und diese Informationen dann weitergebe, bestanden vor allem dann, wenn sie derselben ethnischen Gruppe angehörten. (Doshani et al. 2007)

Ein Teil der syrischen Frauen in Schweden waren der Landessprache mächtig und benötigten keine Dolmetscherin/keinen Dolmetscher. Dadurch konnten Gesundheitsinformationen problemlos erlangt und verstanden werden. Sie erwähnten die Wichtigkeit, Schwedisch sprechen zu können. (Andersson et al. 2009)

2.3 Negative Erfahrungen und Wünsche

In den bewerteten Studien wurde aufgezeigt, dass einige Betroffenen bereits eine Ärztin/einen Arzt konsultiert hatten (Doshani et al. 2007; Hägglund & Wadensten 2007; Björk et al. 2014; Svihra et al. 2012; Andersson et al. 2009).

Es stellte sich heraus, dass die Personen abwertende und beschämende Einstellungen sowie ein Gefühl des Nicht-Ernstgenommen-Werdens von Seiten des professionellen GHpersonals erfuhren (Björk et al. 2014). Des Weiteren erwähnten die HI-Betroffenen in Doshani et al. (2007), dass sie gegen den unwillkürlichen Harnverlust von Seiten der GHprofession keine nützlichen Informationen und Behandlungen erhalten hatten. HI wurde von der GHprofession als kein gravierendes Problem beziehungsweise unheilbar dargestellt (Doshani et al. 2007) 35,6% der HI-Betroffenen aus der Studie von Svihra et al. (2012) gaben an, dass das GHpersonal nicht an ihren Sorgen interessiert gewesen war.

Doshani et al. (2007) fanden heraus, dass südasiatische Frauen bei einem ärztlichen Besuch zwar andere gesundheitliche Problem ansprachen, nicht jedoch die bereits ausgeprägte Symptomatik der HI. Auch in der Studie von Hägglund & Wadensten (2007) erwähnten die Betroffenen, dass sie den unwillkürlichen Harnverlust nicht von selbst ansprechen könnten, und wünschten sich, dass dies vom professionellen GHpersonal geschehe. Dies zeigt folgende Aussage einer dreifachen Mutter im mittleren Alter: „[...] I expected some questions on bladder

control [...] I think it is important that the gynaecology nurse has questions about urine leakage [...]." (Hägglund & Wadensten 2007, p. 309)

Ein Teil der befragten Frauen in Doshani et al. (2007) berichtete, dass sie im Umgang mit HI andere Professionen als Ärztinnen/Ärzte bevorzugen würden. Genannt wurden Krankenpflegepersonen und Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten. Laut Aussagen der Teilnehmerinnen wurden diese nicht nur aufgrund des vermehrten weiblichen Geschlechts bevorzugt, sondern auch weil diese Hausbesuche durchführten. Die Patientinnen/Patienten müssten keinen Weg in die ärztliche Praxis zurücklegen und die dortige Wartezeit entfalle. (Doshani et al. 2007)

Eine verständnisvolle und tolerante Haltung gegenüber HI von Seiten der professionellen Gesundheitsanbieterinnen/Gesundheitsanbieter war laut den von HI betroffenen Frauen in der Studie von Hägglund & Wadensten (2007) wünschenswert. Sie erhofften sich eine respekt- und würdevolle Kommunikation und die Eigenschaft des GHpersonals, vertrauensvoll zuzuhören und angemessen zu reagieren (Hägglund & Wadensten 2007).

Die christlichen syrischen Frauen in der Studie von Andersson et al. (2009) erwähnten Misstrauen gegenüber Ärztinnen/Ärzten mit anderen Religionsbekenntnissen. Eine Frau schilderte, dass sie in ihrem Heimatland als Teil der christlichen Minderheit schlechte Erfahrungen gemacht hatte, indem sie vom dortigen GHpersonal aufgrund ihres fremden Religionsbekenntnisses diskriminiert worden war (Andersson et al. 2009). Die asiatischen Frauen in der Studie von Doshani et al. (2007) bevorzugten aus sprachlichen und kulturellen Gründen Ärztinnen/Ärzte mit derselben ethnischen Zugehörigkeit.

2.4 Informationsquellen

Für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurden Ergebnisse der Studien von Doshani et al. (2007), Björk et al. (2014), Andersson et al. (2009), Tannenbaum et al. (2010), Franzen et al. (2008) und Jackson et al. (2012) betrachtet. In den nachfolgenden Kapiteln werden verschiedene Informationsressourcen für HI-Betroffene dargelegt. Insbesondere diverse Medien, ein Workshop und Hilfestellungen von Seiten der Mitmenschen werden beleuchtet.

2.4.1 Medien

Doshani et al. (2007) und Franzen et al. (2008) beschrieben in ihren Studien unter anderem die Nutzung von Broschüren als Informationsquelle für HI-Betroffene. Die Ergebnisse der beiden Studien waren für diese Art von Informationsquelle unterschiedlich.

Broschüren

Laut der Studie von Franzen et al. (2008) waren Broschüren als Informationsquelle eine effiziente Methode, um Wissen über HI in der Bevölkerung zu verbreiten und zur Selbsthilfe zu motivieren. Die Zusendung der Broschüre wurde von 76% – ausgehend von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern der gesamten Stichprobe – sehr geschätzt. 28% der Befragten sprachen sich für einen vermehrten Erhalt von Broschüren über HI aus und 43% wünschten sich mehr Broschüren über andere gesundheitliche Themen. Von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern waren 28% selbst von HI betroffen und beschrieben den Erhalt der Broschüre als positiv. Mehr als die Hälfte der HI-Betroffenen (57%) wünschte sich schon seit längerer Zeit, Rat und Hilfe für den Umgang mit HI zu erhalten. 42% der Teilnehmerinnen/Teilnehmer mit HI in dieser Studie berichteten, dass brauchbare Informationen und Auskünfte über professionelle Gesundheitsanbieterinnen/Gesundheitsanbieter vorhanden waren. Sie erhielten hilfreiche Angaben über Strategien zur Selbstbehandlung (21%), bezüglich Inkontinenzversorgungsprodukten (30%) und wurden zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe motiviert. Nur ein geringer Anteil der von HI betroffenen Frauen/Männer konnte keine Informationen aus der Broschüre für sich verwenden. (Franzen et al. 2008)

Doshani et al. (2007) berichteten, dass keine der Teilnehmerinnen weder über Organisationen zum Thema Kontinenz gehört noch Broschüren über HI erhalten hatte. In den Fokusgruppen wurde geschildert, dass Broschüren nicht beachtet worden seien, sondern bei Erhalt sofort entsorgt worden waren. Die jüngere Generation konnte sich nicht vorstellen, dass Broschüren als Informationsressource nützlich seien. Eine Frau erklärte, dass – auch wenn gute Beschreibungen bezüglich Beckenbodentrainings in der schriftlichen Informationsquelle aufgezeigt wurden – diese nicht von großem Nutzen gewesen seien, da fraglich war, ob die Übungen von Seiten der HI-Betroffenen richtig durchgeführt wurden. Des Weiteren stellte sich heraus, dass die befragten Personen aus dem südasiatischen Raum, vor allem die älteren Frauen, nicht richtig lesen und schreiben konnten. Auch die jüngere Generation hatte Schwierigkeiten mit dem Lesen in ihrer Muttersprache, jedoch hatten die meisten keine Probleme damit, wenn die Information in Englisch geschrieben stand. Verbale Informationsressourcen erreichten die Frauen aus Südasien häufiger als schriftliche. Laut der Aussage einer Teilnehmerin erfolgt die Kommunikation im asiatischen Raum generell eher mündlich als schriftlich, weshalb auch medizinische Informationen in der Regel auf diesem Weg bei ihnen ankommen. (Doshani et al. 2007)

74% der Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Studie von Franzen et al. (2008) lasen die Broschüre teilweise oder sogar komplett. Von den restlichen Testpersonen wurden mangelndes Interesse an HI sowie der zu umfangreiche Inhalt der Broschüre als Gründe angegeben, warum diese nicht gelesen worden war. (Franzen et al. 2008)

3.4.1.2 Internet

Als eine weitere Option wurde in der Studie von Björk et al. (2014) die Nutzung des Internets als Informationsressource herangezogen. Für die Teilnehmerinnen bestand die Möglichkeit, via Email mit einer GHfachkraft zu kommunizieren. Die Hilfesuche über das Internet hatte den Vorteil, nicht im direkten Kontakt mit dem professionellen GHpersonal zu stehen. Die Barrieren für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe waren daher durch die Verwendung des Internets und durch das Versenden von Emails weniger präsent, als wenn der Kontakt mit dem professionellen GHpersonal von Angesicht zu Angesicht stattgefunden hätte. Der

Kontakt via Internetforen zur GHprofession wurde sowohl als distanziert als auch als nah und persönlich beschrieben. So empfand ein Teil der Teilnehmerinnen, dass durch die Distanz die nonverbale und verbale Sprache verloren gegangen war und die Kommunikation zwischen der GHfachkraft und der HI-Betroffenen deshalb unpersönlich gewesen war. Andere Teilnehmerinnen hingegen äußerten sich positiv über den Email-Kontakt mit der GHprofession. Denn trotz der Distanz sei ihnen von Seiten der GHfachkraft Unterstützung angeboten worden, Interesse für Fragen gezeigt und Lob bei Erfolgen ausgesprochen worden. Ebenso erinnerte die professionelle GHfachkraft die Teilnehmerinnen an regelmäßige Beckenbodenübungen und motivierte sie zum Training. Ein Gefühl von Wohlbefinden und Anerkennung wurde in diesem Zusammenhang geschildert. Die Kommunikation über das Internet ermöglichte den Patientinnen, offener über den Harnverlust zu sprechen und vermehrt Fragen zu stellen. Das Schamgefühl, welches als Barriere bei der Hilfesuche angesehen wird, verminderte sich laut den Forschungsergebnissen durch die Anonymität, die das Internet darstellt. (Björk et al. 2014)

Zudem äußerten die Teilnehmerinnen, dass die Behandlungen über das Internet leicht zugänglich waren und wenig Zeit erforderten. Durch die Nutzung der Internetressource und den Email-Kontakt mit dem professionellen GHpersonal verbesserte sich vor allem das Wissen und Bewusstsein über HI sowie die Motivation für die Behandlung von HI. Auch ein besseres Knowhow über mögliche Hilfsmittel wurde damit vermittelt. Durch die Partizipation an dieser Studie ist die Barriere Schamgefühl teilweise überwunden worden. Erst durch die Teilnahme erkannte eine Frau erleichtert, dass HI auch bei vielen anderen Personen auftritt. (Björk et al. 2014)

Radio und Fernsehen

Als weitere Möglichkeiten der Informationsverbreitung wurden Medien wie Radio oder Fernsehen genannt (Doshani et al. 2007). Teilnehmerinnen der Studie von Doshani et al. (2007) wurden befragt, wie die Gesellschaft besser über HI informiert werden könnte. In diesem Zusammenhang wurden in der Studie die Medien „BBC Asian network“ und „SABRAS Radio“ als zentrales Portal für die indische ethnische Minderheit in Leicester erwähnt. Dies sind große Medien, die laut Aussagen der

Teilnehmerinnen durch Ausstrahlung von Gesundheitsprogrammen noch mehr Bewusstsein für HI schaffen könnten. (Doshani et al. 2007)

2.4.2 Gruppendiskussionen

Gruppendiskussionen wurden von Frauen mit einer fremden Muttersprache in der Studie von Doshani et al. (2007) als vorteilhafter als schriftliche Informationen angesehen. Die befragten Frauen beschrieben, dass in Gesprächsgruppen, in denen Personen mit demselben gesundheitlichen Problem teilnehmen, Erfahrungen ausgetauscht werden würden. Die Teilnehmerinnen erwähnten, dass sie über das Thema HI leichter sprechen können, wenn das Gespräch in Form einer Gruppendiskussion stattfindet. Für Informationskampagnen, die von professionellem GHpersonal durchgeführt werden, wurden kleinere Gruppen bevorzugt. Die Befragten äußerten, dass sie in kleineren Gruppen besser aufnahmefähig wären und eher über HI sprechen könnten als in größeren Gruppen. Zudem erklärten die Teilnehmerinnen der Studie, dass sie durch Gruppendiskussionen ein besseres Verständnis für die Ursachen von HI und mehr Wissen über Therapiemöglichkeiten erlangen würden. (Doshani et al. 2007)

2.4.3 Workshops

Die Studie von Tannenbaum et al. (2010) beschäftigte sich mit HI-Workshops. Bei 85% der Teilnehmerinnen führten die Workshops zu einer positiven Veränderung des Verhaltens in Bezug auf das Aufsuchen einer professionellen GHfachkraft oder die Anwendung von Selbstmanagement-Strategien. Die mittlere Altersgruppe beteiligte sich an der Intervention am meisten. (Tannenbaum et al. 2010)

Einstellungen und Wissen über HI entwickelten sich im Laufe des Workshops in eine positive Richtung. Die Ansicht, dass HI eine natürliche Erscheinung des Alters sei, wurde vor der Maßnahme von 34% der Frauen vertreten; danach nur noch von 8%. 90% der Frauen wussten nach dem Workshop, dass Beckenbodentraining bei HI effektiv sein kann; vorher waren nur 64% davon überzeugt. Die Absicht, in den nächsten sechs Monaten Hilfe bezüglich HI aufzusuchen, äußerten vor der Maßnahme 49% und danach 74% der Teilnehmerinnen. (Tannenbaum et al. 2010)

2.4.4 Soziales Umfeld als Ressource

Viele Betroffene erhielten Informationen und Unterstützung bezüglich HI durch ihr soziales Umfeld. Dazu gehörten Verwandte, Partnerinnen/Partner, Freundinnen/Freunde und Bekannte (Jackson et al. 2012). In der Studie von Jackson et al. (2012) haben insgesamt 73% der befragten betroffenen Frauen/Männer bereits mit einer anderen Person über HI gesprochen. Der genaue Prozentsatz derer, die mit anderen über ihre HI-Symptome gesprochen hatten, variierte jedoch stark in Abhängigkeit der ethnischen Zugehörigkeit und dem Geschlecht. So hatten 95% der lateinamerikanischen Männer und 82% der hellhäutigen Frauen mit anderen Personen über ihre Inkontinenz-Symptome gesprochen. Die hellhäutigen Männer (65%), dunkelhäutigen Frauen (56%) sowie dunkelhäutigen Männer (61%) waren die Gruppen, die am wenigsten darüber sprachen. Des Weiteren wurde ersichtlich, dass sowohl Frauen als auch Männer am ehesten mit dem weiblichen Geschlecht über HI gesprochen hatten. Nur wenige der dunkelhäutigen und lateinamerikanischen Frauen teilten sich dem männlichen Geschlecht mit. Insbesondere mit dem Ehemann wurde nicht über das Problem gesprochen. Aus dem Vergleich der ethnischen Gruppierungen ging diesbezüglich hervor, dass mehr hellhäutige als lateinamerikanische und dunkelhäutige Frauen mit dem Ehemann über den Harnverlust gesprochen hatten. (Jackson et al. 2012)

In der Studie von Andersson et al. (2009) beschrieben die syrischen Frauen, dass weibliche Familienangehörige, Freundinnen und Nachbarinnen eine wichtige Informationsressource und wichtige Diskussionspartnerinnen bei HI gewesen waren. Ältere Frauen bevorzugten eher Familienangehörige, wie die Tochter oder Schwiegertochter, die ihnen dann auch als Dolmetscherinnen bei der Ärztin/beim Arzt zur Verfügung stehen konnten. Mit männlichen Familienmitgliedern sprachen die syrischen Frauen kaum über die HI-Beschwerden; außer es war keine weibliche Gesprächsperson verfügbar. (Andersson et al. 2009)

Insgesamt wurden gute Erfahrungen mit Familienmitgliedern, Freundinnen/Freunden und Bekannten als Informations- und Unterstützungsressource gemacht. Außerdem fühlten sich die Teilnehmerinnen/Teilnehmer wohler, wenn sie mit anderen von HI betroffenen Personen über den unwillkürlichen Harnverlust redeten. Sie erkannten dadurch, dass sie nicht alleine davon betroffen waren. Durch den gegenseitigen Austausch

von Erfahrungen profitierten Betroffene voneinander. Jedoch auch dann, wenn das Gegenüber nicht von Symptomen der HI betroffen war, konnte diese Person Hilfeleistung bieten. Gespräche ermöglichten es den Betroffenen, hilfreiche Informationen zu erlangen, welche die Selbsthilfe förderten. So schilderte eine Frau, dass sie auf diesem Weg den hilfreichen Ratschlag bekommen habe, Inkontinenzeinlagen zu verwenden. (Jackson et al. 2012)

Gespräche mit dem sozialen Umfeld konnten die Inanspruchnahme professioneller Gesundheitsleistungen jedoch nicht nur positiv, sondern auch negativ beeinflussen. Wenn die Gesprächspartnerin/der Gesprächspartner eine „negative“ Einstellung zu HI gehabt hatte (zum Beispiel: HI ist ein natürliches Symptom des Älterwerdens), konnte dies dazu führen, dass die leidende Person keine professionelle Hilfe in Anspruch nahm. (Jackson et al. 2012)

3 Diskussion

Anhand der dargelegten Ergebnisse lassen sich beide Forschungsfragen beantworten. Nachfolgend werden die Ergebnisse im Vergleich mit dem wissenschaftlichen Forschungsstand diskutiert.

3.1 Diskussion der Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe

Der erste Abschnitt der Ergebnisdiskussion setzt sich mit der Forschungsfrage auseinander, mit welchen Barrieren HI-Betroffene bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe konfrontiert sind. Wie die Ergebnisse aufgezeigt haben, gibt es sowohl externe als auch interne Barrieren sowie darüber hinaus auch Sprachbarrieren, die vor allem ethnische Minderheiten betreffen.

Lediglich die Studie von Svihra et al. (2012) nannte explizit *externe Barrieren* für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei HI. Hierbei wurden insbesondere lange Wartezeiten bei der Ärztin/beim Arzt, weite Wegstrecken und fehlende Transportmöglichkeiten zur Klinik als häufigste Barrieren genannt. Dies traf auf über 40% der befragten HI-Betroffenen zu. (Svihra et al. 2012) Ähnliche Ergebnisse bezüglich der externen Barriere „lange Wartezeiten“ zeigte eine andere Studie auf, die sich allgemein mit dem Hilfesuchverhalten von Erwachsenen aus Saudi-Arabien beschäftigte (Al Shammari et al. 2016). Laut weiterer Forschungsliteratur stellt sich vor allem für vulnerable Gruppen der Transport als Hindernis heraus. So verfügen Patientinnen/Patienten mit einem niedrigen ökonomischen Status, ethnische Minderheiten und Personen, die in einem ländlichen Gebiet außerhalb der Stadt leben, kaum über Transportmöglichkeiten (NCOSS 2012). Um diese externen Barrieren zu überwinden, könnten wie in Doshani et al. (2007) beschrieben, Hausbesuche von Krankenpflegepersonen abgestattet werden. Dadurch würden die weiten Wege und fehlenden Transportmöglichkeiten zu Kliniken sowie lange Wartezeiten in der ärztlichen Praxis keine Rolle mehr spielen.

Neben den externen Barrieren beeinflussten auch die *internen Barrieren* „Schamgefühl und Angst“ das Hilfesuchverhalten der Betroffenen. Diesen internen Barrieren wurde in den untersuchten Studien deutlich mehr Aufmerksamkeit gewidmet als den externen Barrieren, was auf die große Relevanz dieser Faktoren hindeutet.

Die Bandbreite der internen Barrieren reichte von auftretender Scham bei Gesprächen über HI (Björk et al. 2014; Hägglund & Wadensten 2007) und der Kommunikation mit männlichen Ärzten (Doshani et al. 2007; Andersson et al. 2009) sowie GHprofessionen mit einem anderen Religionsbekenntnis (Andersson et al. 2009) bis hin zur Angst vor Demütigungen (Doshani et al. 2007). Weiterhin wurde die Angst vor medizinischen Untersuchungen (Svihra et al. 2012) und vor den Reaktionen der Mitmenschen (Hägglund & Wadensten 2007) genannt. Aufgrund des Schamgefühls erwähnten die betroffenen Frauen den unwillkürlichen Harnverlust lediglich selten gegenüber ihrem Umfeld (Björk et al. 2014) und verschwiegen diesen auch bei Arztbesuchen (Hägglund & Wadensten 2007; Doshani et al. 2007). Dies kann folgend erklärt werden: Scham ist laut Wurmser (1998, p. 75) „eine Haltung von Schüchternheit“. Sie sorgt dafür, dass Situationen, in denen das Risiko der Demütigung besteht, gemieden werden (Wurmser 1998).

Aufgrund negativer Erfahrungen können Schamgefühle auch bei HI-Betroffenen, die bereits professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, auftreten. Einige Personen äußerten das Gefühl, in ihren Symptomen nicht ernst genommen zu werden, berichteten von abwertenden und beschämenden Einstellungen des GHpersonals (Björk et al. 2014) sowie von Äußerungen, dass die Erkrankung medizinisch belanglos sei oder gar nicht geheilt werden könne (Doshani et al. 2007). Erleben Personen, die ihre Angst überwinden und sich trotz ihrer Scham an professionelle Hilfe wenden, in dieser Situation „Bloßstellung, Demütigung oder Zurückweisung“ (Hayder, Kuno & Müller 2012, p.36), so entwickelt sich die sogenannte „Schamangst“ (2012, p. 36). Dies bewirkt, dass der Leidensdruck steigt, und die betroffene Person nicht erneut professionelle Hilfe sucht, sondern sich zurückzieht (Hayder, Kuno & Müller 2012). Die interne Barriere der Angst und Scham kann dadurch verstärkt werden.

Die Ergebnisse der Studien zeigten auch, dass vor allem bei Frauen, die einer ethnischen Minderheit angehören, Schamgefühle gegenüber dem anderen Geschlecht aufgetreten sind und zwar gegenüber professionellen Gesundheitsanbietern, Dolmetschern und männlichen Personen aus dem sozialen Umfeld. Die zwei Studien von Doshani et al. (2007) und Andersson et al. (2009), die sich mit dem Verhalten ethnischer Gruppen gegenüber HI beschäftigten, zeigten auf, dass das Geschlecht der professionellen GHfachkraft eine zentrale Rolle für

die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe einnimmt. So erklärten beispielsweise südasiatische und syrische Frauen, dass sie sich bei einer Untersuchung durch männliche Ärzte unwohl fühlten. (Doshani et al. 2007; Andersson et al. 2009). Zu ähnlichen Ergebnisse kam eine Studie von Elbiss, Osman & Hammad (2013): Arabische Frauen empfanden Schamgefühle, wenn sie einen männlichen Arzt konsultieren mussten. Dies liegt laut Hayder & Schnepf (2010) darin begründet, dass den weiblichen Fachkräften durch dieselbe Körperanatomie ein besseres Verständnis für HI bei Frauen zugeschrieben wird. Weitere Motive für Frauen, weibliche Fachkräfte bevorzugt zu konsultieren, sind religiöser und kultureller Natur. Denn „Religion und Kultur haben einen starken Einfluss auf die Entscheidung Hilfe aufzusuchen“ (Sange et al. 2008, S.7). In Andersson et al. (2009) zeigten sich Unterschiede auch innerhalb einer Kultur. So hätte ein Teil der befragten syrischen Frauen auch einen männlichen Arzt akzeptiert (Andersson et al. 2009). Ähnliches zeigte auch die Studie von Sange et al. (2008) bei muslimischen Frauen auf. Daraus lässt sich schließen, dass die Entscheidung, von welchem Geschlecht professionelle Hilfe angenommen wird, nicht nur von der Kultur und Religion beeinflusst werden kann, sondern auch vom Individuum abhängt. Ob auch bei Männern der ethnische Hintergrund eine Rolle bei der Akzeptanz andersgeschlechtlicher GHfachkräfte spielt, wurde in den Studien nicht erhoben. Laut Hayder & Schnepf (2010) akzeptieren jedoch männliche Patienten mit anderem kulturellen Hintergrund sowohl weibliches als auch männliches GHpersonal.

Neben dem Geschlecht des professionellen GH-Personals führten Doshani et al. (2007) und Andersson et al. (2009) an, dass auch die Sprache für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe eine Barriere darstellt, wenn die HI-Betroffenen einer ethnischen Minderheit angehören. Durch die unterschiedlich gesprochenen Sprachen der Ärztin/des Arztes einerseits und der Patientin/dem Patienten andererseits können Missverständnisse entstehen (Burt et al. 2016). Eine Lösung ist die Hinzuziehung von Dritten, die als Dolmetscherinnen/Dolmetscher fungieren. Die bewerteten Studien zeigten auf, dass die von HI betroffenen Frauen ihre Töchter und Schwiegertöchter gegenüber professionellen Dolmetscherinnen/Dolmetschern bevorzugten (Doshani et al. 2007; Andersson et al. 2009). Mit dem Übersetzen durch Familienangehörige setzt sich auch eine

Studie von Rosenberg, Seller & Leanza (2007) auseinander. Laut Aussagen wurde das Dolmetschen als selbstverständlich und als Ausführung einer Familienrolle gesehen. Jedoch wurde in der Studie geschildert, dass Familienangehörige als Dolmetscherinnen/Dolmetscher nicht so wie professionelle Dolmetscherinnen/Dolmetscher rein die Übersetzung des Gesagten gewährleisten. Familienangehörige beziehen sich eher als weitere Personen in das Gespräch mit ein, anstatt – wie vorgesehen – sachlich zu übersetzen. Somit rät die Studie zum Einsatz von professionellen Dolmetscherinnen/Dolmetschern, um eine adäquate Informationsübertragung zwischen Patientin/Patient und GHprofession zu gewährleisten. (Rosenberg, Seller & Leanza 2007). Hierbei besteht jedoch die Angst der Betroffenen, wie aus den Studien von Doshani et al. (2007) und Andersson et al (2009) ersichtlich wurde, dass die professionelle Dolmetscherin/der professionelle Dolmetscher etwas ausplaudern könnte und dass vor einer weiteren fremden Person ein schambehaftetes Problem offenbart werden muss.

Unkenntnisse über HI und die Möglichkeiten ihrer Behandlung bestanden bei HI-Betroffenen recht häufig (Björk et al. 2014; Doshani et al. 2007; Hägglund & Wadensten 2007). Dies spiegelte sich auch in der Studie von Elenskaia et al. (2011) wider, die ein geringes Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten von HI bei den Teilnehmerinnen/Teilnehmern belegt hat. Der Glaube, dass HI eine normale Konsequenz von Schwangerschaft und Geburt (Hägglund & Wadensten 2007) sowie eine natürliche Erscheinung im Alter sei (Doshani et al. 2007; Jackson et al. 2012), war bei den Teilnehmerinnen/Teilnehmern der inkludierten Studien weit verbreitet. Dies stellt sich jedoch als Irrglaube heraus, da – wie bereits aus der Einleitung dieser Arbeit hervorgeht – das Lebensalter nicht der wesentliche Faktor für HI ist. Geringes Wissen von Seiten der HI-Betroffenen über HI führte oftmals dazu, dass keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wurde (Björk et al. 2014). Auch dem professionellen GHpersonal kann es an Wissen fehlen. Frauen schilderten in der Studie von Doshani et al. (2007), dass die Hausärztinnen/Hausärzte die HI als Normalität im Alter und nach Geburten angesehen und daher keine Behandlung durchgeführt hatten. Daraus lässt sich schließen, dass falsche Informationen der Ärztin/des Arztes den Irrglauben über HI bei den Betroffenen verstärken können.

Das Krankenpflegepersonal kann HI-Betroffenen helfen, Barrieren für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe zu überwinden (Howard & Steggall 2010). Betroffene möchten, dass das professionelle GHpersonal das Thema HI anspricht und eine tolerante beziehungsweise verständnisvolle Haltung gegenüber HI und dem Betroffenen zeigt (Doshani et al. 2007; Hägglund & Wadensten 2007). Dieser Wunsch findet sich auch in der weiteren Literatur. So fanden es sowohl inkontinente als auch kontinente Patientinnen/Patienten im Krankenhaus gut, wenn sie nach einem eventuellen Harnverlust gefragt wurden (Zürcher, Saxer & Schwendimann 2011).

Doshani et al. (2007) fanden heraus, dass die Patientinnen/Patienten, die eine Ärztin/einen Arzt aufgesucht hatten, einen unwillkürlichen Harnverlust nicht erwähnt haben. Daraus lässt sich schließen, dass zahlreiche Patientinnen/Patienten von Harnverlust betroffen sein könnten, auch wenn sie nicht davon berichten. Die Ergebnisse der Studie von Zürcher, Saxer & Schwendimann (2011) verstärken diese Vermutung. Sie zeigten auf, dass das Krankenpflegepersonal bestehende HI bei Patientinnen/Patienten nicht erkannt und keine Interventionen dagegen durchgeführt hatte (Zürcher, Saxer & Schwendimann 2011)

3.2 Diskussion der Informationsquellen

Für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurden verschiedene Informationsressourcen wie Broschüren (Franzen et al. 2008; Doshani et al. 2007), das Internet (Björk et al. 2014), Workshops (Tannenbaum et al. 2010) und das soziale Umfeld (Jackson et al. 2012) herausgefiltert.

Die Nutzung von unterschiedlichen Informationsressourcen ist – an Stelle des Aufsuchens einer professionellen GHfachkraft – eine alternative Methode, mehr Wissen über HI allgemein und ihre Behandlungsmöglichkeiten zu erlangen. Wie aus den Studienergebnissen ersichtlich ist, kann das Hilfesuchverhalten dadurch positiv beeinflusst werden und letztendlich auch zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe führen.

Aus den verwendeten Studien war erkennbar, dass sich die Wahl der Informationsressource im Hinblick auf die ethnische Zugehörigkeit unterschied. So bevorzugten südasiatische Frauen Gruppendiskussionen gegenüber schriftlichen

Informationsquellen wie Broschüren (Doshani et al. 2007). HI-Betroffene in Schweden fühlten sich im Gegensatz dazu von HI-Informationsbroschüren angesprochen (Franzen et al. 2008). Doshani et al. (2007) erwähnten diesbezüglich, dass viele ältere südasiatische Frauen nicht lesen oder schreiben können und sie deshalb auch die Broschüre als Informationsquelle unbrauchbar fanden. Zudem hat in der asiatischen Gesellschaft die mündliche Kommunikation einen höheren Stellenwert als die schriftliche. So wurden auch verbale Gruppendiskussionen von dieser ethnischen Gruppe eher bevorzugt. (Doshani et al. 2007)

Viele Patientinnen/Patienten nutzten bereits das Internet als Informationsquelle, anstatt eine Ärztin/einen Arzt aufzusuchen (Silver 2015). In Björk et al. (2014) wurde beschrieben, dass HI-Betroffene gute Erfahrungen mit dem Interventionsprogramm über das Internet machten, in dem sie mit einer professionellen GHfachkraft via Email laufend in Kontakt gewesen waren, um unter anderem Rat bezüglich der Stärkung der Beckenbodenmuskulatur einholen zu können. Während also für die HI-Betroffenen in den bewerteten Studien die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe unterschiedliche Barrieren in sich barg (Svihra et al. 2012; Björk et al. 2014; Doshani et al. 2007; Hägglund & Wadensten 2007; Jackson et al. 2012; Andersson et al. 2009), war der Kontakt mit einer professionellen GHfachkraft über das Internet für sie jedoch kein Problem. Die Mehrheit der HI-Betroffenen war gegenüber dem Internet als Informationsquelle positiv eingestellt. (Björk et al. 2014).

Somit könnten durch die Nutzung des Internets Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe überwunden werden. Denn das Schamgefühl bei HI-Betroffenen, die Rat im Internet suchten, verminderte sich und die Motivation für die Behandlung von HI stieg (Björk et al. 2014). Auch externe Barrieren wie lange Wartezeiten und lange Wegstrecken, die in Svihra et al. (2012) erwähnt wurden, können durch die Verwendung des Internets wegfallen. Ein positiver Effekt vom Internet ist nämlich, dass bei seiner Nutzung das Haus nicht verlassen werden muss (McAlpine 2014).

Hägglund & Wadensten (2007) stellten fest, dass die Betroffenen aufgrund ihres Schamgefühls mit ihrer behandelnden Ärztin/ihrer behandelnden Arzt nicht frei über HI sprechen konnten. Auch diesbezüglich zeigt das Internet einen positiven Effekt. Denn in der Studie von Björk et al. (2014) konnten Patientinnen/Patienten via Email und damit auch durch die Verwendung des Internets wesentlich offener über ihre HI mit der GHprofession kommunizieren.

Die interne Barriere Wissensdefizit könnte ebenso durch die Verwendung des Internets überwunden werden. Al Shammari et al. (2016) wiesen nämlich darauf hin, dass das Internet und soziale Medien für ein besseres Wissen in der Gesellschaft sorgen könnten. Es stellt sich jedoch die Frage, ob das Internet eine gute Option für alle Altersgruppen darstellt. Denn nicht immer besteht Zugang sowie das nötige Wissen zur Nutzung der Informationen aus dem Internet.

Eine andere Möglichkeit wären Workshops, die auch von älteren Patientinnen/Patienten besucht werden könnten. In diesem Zusammenhang zeigten die Studien insbesondere gute Auswirkungen auf das hilfeschende Verhalten von unter HI leidenden Frauen mittleren Alters. Die Selbstmanagement-Strategien, persönlichen Einstellungen und das Wissen über HI verbesserten sich durch ihre Teilnahme. (Tannenbaum et al. 2010). So ist ersichtlich, dass die Barriere Wissensdefizit durch Workshops überwunden werden kann und die persönlichen Einstellungen, welche auf die Zuschreibung der niedrigen Priorität von HI Einfluss nehmen, positiv verändert werden können.

Aus Doshani et al. (2007) ging hervor, dass wenig HI-Betroffene über Organisationen zum Thema Kontinenz Bescheid wussten. Daher bestand von Seiten der Betroffenen der Wunsch nach mehr Informationsquellen. So wünschten sich Teilnehmerinnen/Teilnehmer, die einer ethnischen Minderheit angehören, mehr Gesundheitsinformationen über das Fernsehen oder Radio in ihrer Muttersprache. (Doshani et al. 2007) Auf diesem Weg könnte auch die ältere südasiatische Generation aus einer ethnischen Minderheit, deren Angehörige oft nicht lesen konnten und der Nationalsprache nicht mächtig waren (Doshani et al. 2007), Gesundheitsinformationen erhalten.

Eine wichtige Ressource für HI-Betroffene war laut den Studien das soziale Umfeld (Andersson et al. 2009; Jackson et al. 2012). Ob eine andere Person über HI erfährt, hängt für HI-Betroffene davon ab, wie sehr sie dieser Person vertrauen. Meist erfahren nur die engsten Familienmitglieder über die HI der Betroffenen (Hayder, Kuno & Müller 2012). Für die syrischen Frauen standen weibliche Familienangehörige oder Freundinnen als Gesprächspartnerinnen und Unterstützungsressource zu Verfügung. Gespräche über HI erfolgten in der Regel nicht mit Männern; auch nicht mit dem eigenen Ehemann. (Andersson et al. 2009) Damit Unterstützung in Form von Gesprächen gewährleistet werden kann, müssten

die Ehemänner erst über das HI Problem ihrer Ehefrauen Bescheid wissen. Aus der Studie von Andersson et al. (2009) war letztlich aber nicht ersichtlich, ob auch die Ehemänner ihre syrischen Frauen unterstützt hätten, wenn sie über die HI Bescheid gewusst hätten. Jackson et al. (2012) spiegelte die Ergebnisse von Andersson et al. (2009) teilweise wider. Lateinamerikanische und dunkelhäutige Frauen sprachen im Gegensatz zu hellhäutigen Frauen mit ihren Ehemännern eher selten über ihre HI (Jackson et al. 2012). Daraus lässt sich schließen, dass Unterschiede aufgrund der Kulturzugehörigkeit bestehen und eine hellhäutige Frau ein vergleichsweise niedriges Schamgefühl empfindet, wenn sie mit ihrem Ehemann über die HI spricht. Bei Männern zeigte sich allerdings, dass sie eher mit dem weiblichen Geschlecht, seien es Ehefrau oder Familienangehörige, über HI sprechen möchten (Jackson et al. 2012). Hervorzuheben ist, dass im Gegensatz zu den Frauen die Männer vorzugsweise mit ihren Partnerinnen über HI sprachen.

3.3 Stärken und Limitationen des Literaturreviews

Die vorliegende Literaturübersicht weist sowohl Schwächen als auch Stärken auf. Eine Limitation ist, dass inkludierte Studien unverhältnismäßig häufig die Barrieren, welche bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe auftreten, von HI betroffenen Frauen beleuchten. Durch die für die Literaturrecherche gesetzte Spracheinschränkung auf Deutsch und Englisch ist es möglich, dass weitere relevante Studien mit anderen Ergebnissen nicht in das Literaturreview miteingeschlossen wurden. Des Weiteren fehlten prozentuale Ergebnisse über die Häufigkeit der Nutzung der verschiedenen Informationsressourcen. Lediglich der prozentuale Anteil der HI-Betroffenen, welche sich ihrem sozialen Umfeld anvertrauen, ist aus den Studien ersichtlich. Deshalb konnte auf prozentuale Ergebnisse nicht im Detail eingegangen werden.

Eine Stärke der Literaturübersicht ist, dass alle verwendeten Studien eine Bewertung von über 80% haben, was einen positiven Einfluss auf die Ergebnisse nimmt. Beide Forschungsfragen konnten beantwortet werden und die Ergebnisse wurden mit Hilfe weiterer Literatur analysiert und diskutiert. Durch die Verwendung von internationalen Studien konnten zudem kulturelle Unterschiede bei den Barrieren und der Nutzung von Informationsressourcen herausgefunden werden.

4 Schlussfolgerung

Aus der vorliegenden Arbeit kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass nach wie vor Barrieren für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe von Seiten der HI-Betroffenen bestehen. Je nach ethnischer, religiöser und kultureller Zugehörigkeit zeigten sich Unterschiede in den Barrieren und in der Nutzung von Informationsressourcen. Festzuhalten ist, dass viele HI-Betroffene daran interessiert sind, eine GHprofession aufzusuchen beziehungsweise andere Informationsressourcen zu nutzen. Es zeigte sich jedoch, dass die HI-Betroffenen von der professionellen GHfachkraft aufgrund der HI nicht ernstgenommen wurden und auch dies ein Grund war, keine weitere professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Professionelles GHpersonal sollte somit eine tolerante und verständnisvolle Haltung gegenüber unter HI leidenden Personen einnehmen. Zudem ist es wichtig, Wünsche der Patientinnen/Patienten zu berücksichtigen, auf vorhandene Barrieren einzugehen und diese versuchen zu überwinden. Denn wenn zum Beispiel die Kosten für die Diagnostik oder Behandlung zu hoch sind, könnte nach Förderungen gesucht oder eine Kostenübernahme durch die Versicherung beantragt werden. Bei Sprachbarrieren sollte unter Berücksichtigung von ethnischen und kulturellen Aspekten eine Dolmetscherin/ein Dolmetscher zur Verfügung stehen. Vor allem die internen Barrieren, Angst und Scham über ein Tabuthema zu sprechen, führt bei vielen Betroffenen dazu, die notwendige Hilfe nicht zu erkennen und nicht in Anspruch zu nehmen. Die Sprachlosigkeit sollte aufgehoben werden, um HI zu enttabuisieren und diese weiteren Barrieren zu überwinden.

4.1 Praxisempfehlung

Professionelles GHpersonal sollte eine tolerante und verständnisvolle Haltung gegenüber HI und den betroffenen Personen einnehmen. Fragen nach Bestehen eines unwillkürlichen Harnverlusts sollten für die Pflegepersonen, die Ärztinnen/Ärzte und andere professionelle GHpersonen als Standardfrage bei der Aufnahme, Untersuchung etc. gelten.

Eine weitere Möglichkeit der Hilfestellung ist die verstärkte Reklame über HI durch die Verwendung verschiedener Medien. In Krankenhäusern und ärztlichen Praxen

können mit Hilfe von Plakaten und Broschüren, Zeitungen beziehungsweise Zeitschriften aufklärende Informationen über HI verbreitet werden. So erleichtern sie auch den Gesprächseinstieg mit Dritten sowie mit professionellem GHpersonal. Diese könnten via Email oder Telefon bezüglich unwillkürlichen Harnverlusts bereitstehen und aufkommende Fragen beantworten.

Professionen, im Speziellen das Krankenpflegepersonal, welches im Krankenhaus oft die erste Ansprechperson für Patientinnen/Patienten ist, sollten über Barrieren bei HI-Betroffenen Bescheid wissen. Denn nur dann kann bei Barrieren selbst angesetzt werden und diese können letztlich auch überwunden werden.

Auch Schulungsangebote für das GHpersonal, die sich mit der Pflege und Behandlung von HI-Betroffenen befassen, können helfen, die Kenntnisse über HI und den professionellen Umgang mit HI-Betroffenen zu verbessern.

4.2 Forschungsempfehlung

Empfehlungen für die Forschung sind, dass mehr Studien über Männer mit HI durchgeführt werden, speziell wenn es um Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfe geht. Denn wie aus der Prävalenz ersichtlich, sind Männer genauso von HI betroffen wie Frauen.

Informationsressourcen anstatt des Aufsuchens professioneller Hilfe werden in der Literatur angeführt, jedoch gibt es noch kaum Studien, welche prozentuelle Angaben über die Häufigkeit der Nutzung von Informationsressourcen machen. Ferner könnten externe Barrieren genauer beleuchtet werden, da dazu im Laufe dieser Untersuchung nur eine Studie gefunden wurde, die sich damit befasst. Zudem sind weitere Forschungen wünschenswert, um zu zeigen, wie sich die einzelnen Barrieren je nach Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit unterscheiden.

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 ICS', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 21, no. 2, pp. 167–178, doi:10.1002/nau.10052.
- Ahmed, HM, Osman, VA, Al-Alaf, SK & Al-Tawil, NG 2013, 'Prevalence of urinary incontinence and probable risk factors in a sample of kurdish women', *Sultan Qaboos University Medical Journal*, vol. 13, no. 2, pp. 269–274.
- Al Shammari, SA, Alhaidar, SA, Alotaibi, MA, Alanazi, AA & Al Shammari, WK 2016, 'Help-seeking Behavior among Adults in Riyadh, Saudi Arabia. A Cross-sectional Study', *Alternative and Integrative Medicine*, vol. 5, no. 1, doi:10.4172/2327-5162.1000212.
- Andersson, G, Johansson, JE, Nilsson, K & Sahlberg-Blom, E 2009, 'Perceptions of urinary incontinence among Syrian Christian women living in Sweden', *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 20, no. 3, pp. 296–303, doi:10.1177/1043659609334850.
- Bauer, S 2014, 'Bewertungskriterien für quantitative- und qualitative Studien', Seminar LBF 1, WS2014/2015, Medizinische Universität Graz.
- Björk, AB, Sjöström, M, Johansson, EE, Samuelsson, E & Umefjord, G 2014, 'Women's experiences of internet-based or postal treatment for stress urinary incontinence', *Qualitative Health Research*, vol. 24, no. 4, pp. 484–493, doi:10.1177/1049732314524486.
- Burt, J, Lloyd, C, Campbell, J, Roland, M & Abel, G 2016, 'Variations in GP–patient communication by ethnicity, age, and gender: evidence from a national primary care patient survey', *British Journal of General Practice*, vol. 66, no. 642, pp. 47–52, doi:10.3399/bjgp15X687637.
- Bürger-Mildenberger, A & Keller, C 2011, 'Ausscheidung', in N Menche (ed.), *Pflege Heute*, 5th edn, Elsevier, München, pp. 421–458.
- Cornally, N & McCarthy, G 2011, 'Help-seeking behaviour: A concept analysis', *International Journal of Nursing Practice*, vol. 17, pp. 280–288, doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x.1936.

Debus, G & Schuhmacher, I 2013, 'Blasenfunktionsstörungen und Lageveränderungen des weiblichen Genitaltrakts', in T Weyerstahl & M Stauber (eds), *Gynäkologie und Geburtshilfe*, 4th edn, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, pp. 304–324.

Doshani, A, Pitchforth, E, Mayne, CJ & Tincello, DG 2007, 'Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian Indian women in Leicester', *Family Practice Advance Access*, vol. 24, no. 6, pp. 585–593, doi:10.1093/fampra/cmm058.

Elbiss, HM, Osman, N & Hammad, FT 2013, 'Social impact and healthcare-seeking behavior among women with urinary incontinence in the United Arab Emirates', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 122, no. 2, pp. 136–139, doi:10.1016/j.ijgo.2013.03.023.

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*, vol. 123, no. 19, pp. 607–610, doi:10.1007/s00508-011-0013-0.

Franzen, K, Johansson, JE, Andersson, G & Nilsson K 2008, 'Urinary incontinence: Evaluation of an information campaign directed towards the general public', *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, vol. 42, no. 6, pp. 534–538, doi: 10.1080/00365590802229962.

Gasser, T (ed.) 2015, 'Störungen der Harnentleerung und -speicherung', in T Gasser (ed.), *Basiswissen Urologie*, 6th edn, Springer Verlag, Berlin, pp. 129–152.

Gray, JR 2017, 'Review of Relevant Literature', in JR Gray, SK Grove & S Sutherland, *Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*, Elsevier, 8th edn, Missouri, pp. 120–137.

Gust, K, Bartsch, G & Haferkamp, A 2014, 'Funktionsstörungen des unteren Harntraktes', in R Hautmann & JE Gschwend (eds), *Urologie*, 5th edn, Springer Verlag, Berlin, pp. 112–130.

- Hayder, D & Schnepf, W 2010, 'Experiencing and Managing Urinary Incontinence: A Qualitative Study', *Western Journal of Nursing Research*, vol. 32, no. 4, pp. 480–96, doi:10.1177/0193945909354903.
- Hayder, D, Kuno, E & Müller, M 2012, 'Kontinenz- Inkontinenz-Kontinenzförderung. Praxishandbuch für Pflegende', 2th edn, Verlag Hans Huber, Bern.
- Hayder, D 2012, 'The Effects of Urinary Incontinence on Sexuality Seeking an Intimate Partnership', *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, vol. 39, no. 5, pp. 539–544, doi:10.1097/WON.0b013e3182648216.
- Haylen, BT, De Ridder, D, Freeman, RM, Swift, SE, Berghmans, B, Lee, J, Monga, A, Petri, E, Rizk, DE, Sand, PK & Schaer, GN 2010, 'An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 29, no. 1, pp. 4-20, doi: 10.1002/nau.20798.
- Hägglund, D & Wadensten, B 2007, 'Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 21, no. 3, pp. 305–312, doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00481.x.
- Howard, F & Steggall, M 2010, 'Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking', *British Journal of Nursing*, vol. 19, no. 12, pp. 745–749, doi:10.12968/bjon.2010.19.12.48651.
- Irwin, DE, Kopp, ZS, Agatep, B, Milsom, I & Abrams, P 2011, 'Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction.', *BJU International*, vol. 108, no. 7, pp. 1132–1138, doi:10.1111/j.1464-410X.2010.09993.x.
- Jackson, CB, Botelho, EM, Welch, LC, Joseph, J & Tennstedt, SL 2012, 'Talking with others about stigmatized health conditions: implications for managing symptoms', *Qualitative Health Research*, vol. 22, no. 2, pp. 1468–1475, doi:10.1177/1049732312450323.

- Kwon, CS & Lee, JH 2014, 'Prevalence, Risk Factors, Quality of Life, and Health-Care Seeking Behaviors of Female Urinary Incontinence: Results From the 4th Korean National Health and Nutrition Examination Survey VI (2007–2009)', *International Neurourology Journal*, vol. 18, no. 1, pp. 31–36, doi:10.5213/inj.2014.18.1.31.
- Linde, JM, Nijman, RJ, Trzpis, M & Broens, PM 2016, 'Urinary incontinence in the Netherlands: Prevalence and associated risk factors in adults', *Neurourology and Urodynamics*, doi:10.1002/nau.23121.
- Mallah, F, Montazeri, A, Ghanbari, Z, Tavoli, A, Haghollahi, F & Azimineko, E 2014, 'Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life among Iranian Women', *Journal of Family and Reproductive Health*, vol. 8, no. 1, pp. 13–19.
- McAlpine, C, Henderson, L & Levy, S 2014, 'Continence advice by telehealth young people', *Nursing Times*, vol. 110, no. 17, pp. 15–17.
- Milsom, I, Altman, D, Cartwright, R, Lapitan, MC, Nelson, R, Sillen, U & Tikkinen, K 2013, 'Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI)', in P Abrams, L Cardozo, S Khoury & A Wein (eds), *Incontinence*, 5th edn, ICUD-EAU 2013, pp. 15–107.
- Newman, DK, Buckley, B, Gordon, D, Griebing, TL, Petty, LE, Wang, K, Gartley, C & Norton, N 2013, 'Continence Promotion, Education & Primary Prevention', in P Abrams, L Cardozo, S Khoury & A Wein (eds), *Incontinence*, 5th edn, ICUD-EAU 2013, pp. 1787–1827.
- Nijman, R, Tekgul, S, Chase, J, Bael, A, Austin, P & von Gontard, A 2013, 'Diagnosis and Management of Urinary Incontinence in Childhood', in P Abrams, L Cardozo, S Khoury & A Wein (eds), *Incontinence*, 5th edn, ICUD-EAU 2013, pp. 729–825.
- Nilsson, M, Lalos, A & Lalos, O 2009, 'The Impact of Female Urinary Incontinence and Urgency on Quality of Life and Partner Relationship Nilsson Margareta', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 28, no. 8, pp. 976–981, doi:10.1002/nau.20709.
- Polit, DF & Beck, CT 2017, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Wolters Kluwer, 10th edn.

- Rickwood, D & Thomas, K 2012, 'Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems', *Psychology Research and Behavior Management*, vol. 5, pp. 173–183, doi: 10.2147/PRBM.S38707.
- Rosenberg, E, Seller, R, Leanza, Y 2007, 'Through interpreters eyes: Comparing roles of professional and family interpreters', *Patient Education and Counseling*, vol. 70, no. 1, pp. 87–93, doi:10.1016/j.pec.2007.09.015.
- Rosier, PFWM, Kuo, H-C, de Gennaro, M, Kakizaki, H, Hashim, H, van Meel, TD & Toozs-Hobson, P 2013, 'Urodynamic Testing', in P Abrams, L Cardozo, S Khoury & A Wein (eds), *Incontinence*, 5th edn, ICUD-EAU 2013, pp. 429-506.
- Rutkowski, M 2016, 'Blasengesundheit 2015 – Eine Umfrage des Gallup Instituts', *kontinenz aktuell*, vol. 68, no. 1, pp. 8–11.
- Sange, C, Thomas, L, Lyons, C & Hill, S 2008, 'Urinary incontinence in Muslim women', *Nursing Times*; vol. 104, no. 25, pp. 49–52.
- Schüssler, S 2014a, 'Critical Appraisal – Cross-sectional study', Seminar LBF 2015, Medizinische Universität Graz.
- Schüssler, S 2014b, 'Critical Appraisal – Cohort study', Seminar LBF 2015, Medizinische Universität Graz.
- Sensoy, N, Dogan, N, Ozek, B & Karaaslan, L 2013, 'Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life', *Pakistan Journal of Medical Sciences*, vol. 29, no. 3, pp. 818–822.
- Silver, MP 2015, 'Patient perspectives on online health information and communication with doctors: a qualitative study of patients 50 years old and over', *Journal of medical Internet research*, vol. 17, no. 1, doi:10.2196/jmir.3588.
- Staskin, D, Kelleher, C, Bosch, R, Cotterill, N, Coyne, K, Kopp, Z, Rosenberg, M, Symonds, T, Tannenbaum, C, Yoshida, M, Basra, C & Cherian, P 2013, 'Initial Assessment of Urinary Incontinence in Adult Male and Female Patients (5A)', in P Abrams, L Cardozo, S Khoury & A Wein (eds), *Incontinence*, 5th edn, ICUD-EAU 2013, pp. 361–388.
- Statistik Austria 2015, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, (11.12.2016).

Svihra, J, Luptak, J, Viera, S & Mesko, D 2012, 'Gender-specific external barriers to seeking care for urinary incontinence', *Patient Preference and Adherence*, vol. 6, pp. 773–779, doi:10.2147/PPA.S37180.

Tannenbaum, C, Drali, R, Holroyd-Leduc, J & Richard, L 2010, 'Lessons learned: impact of a continence promotion activity for older community-dwelling women', *Neurology and Urodynamics*, vol. 29, no. 4, pp. 540–544, doi:10.1002/nau.20800.

Tannenbaum, C, van den Heuvel, E, Fritel, X, Southall, K, Jutai, J, Rajabali, S & Wagg, A 2015, 'Continence Across Continents To Upend Stigma and Dependency (CACTUS-D): study protocol for a cluster randomized controlled trial', *BioMed Central*, vol. 16, no. 565, doi:10.1186/s13063-015-1099-x.

The Council of Social Service of New South Wales (NCOSS) 2012, *Provided there's Transport: Transport as a barrier to accessing health care in NSW*, New South Wales.

Wurmser, L (ed.) 1998, *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*, 3th edn, Springer Verlag, Berlin.

Zürcher, S, Saxer, S & Schwendimann, R 2011, 'Urinary Incontinence in Hospitalised Elderly Patients: Do Nurses Recognise and Manage the Problem?', *Nursing Research and Practice*, doi:10.1155/2011/671302.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm 11

Tabelle 1: Keywords, MeSH Terms, Subheadings und Trunkierungen 9

Tabelle 2: Bewertung Studien. 12

Abkürzungsverzeichnis

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
GHfachkraft	Gesundheitsfachkraft
GHpersonal	Gesundheitspersonal
GHprofession	Gesundheitsprofession
HI	Harninkontinenz
MeSHTerms	Medical subject headings
PubMed	Public medicine
UI	Urinary incontinence (engl.: Harninkontinenz)

Anhang: Bewertungsbögen

Bewertungsbogen Qualitative study (Bauer 2014)

'Perceptions of Urinary Incontinence Among Syrian Christian Women Living in Sweden'

Andersson et al. 2009

Title

- 1. Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting)**

Population und Setting sind im Titel vorhanden. Aus dem Wort „Perception“ kann die Leserin/der Leser annehmen, dass es sich hierbei um eine qualitative Studie handelt. Wichtige Keywords sind am Anfang des Titels vorhanden. Das Design wird nicht angeführt.

- 2. Does the title reflect the content of the whole text?**

Ja, der Titel ist passend für die Studie.

Abstract

- 3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?**

Das Ziel, Design, die Anzahl der Teilnehmerinnen, Resultate und eine Praxisempfehlung sind angegeben. Der Background, der vor dem Ziel gehört, und die Forschungsempfehlung fehlen im Abstract. Keywords sind angeführt.

- 4. Can the abstract be understood without reading the whole text?**

Ja, der Abstract ist strukturiert gestaltet und gut verständlich.

- 5. Are there inconsistencies between abstract and the text?**

Nein. Es gibt keine Differenzen zwischen Abstract und Text.

Introduction

- 6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?**

Die Introduction beginnt mit dem Allgemeinen, das heißt mit der Epidemiologie, und endet mit dem Spezifischen, dem Ziel. Der Hintergrund des Forschungsproblems wird beleuchtet, Forschungslücke und Literaturreview sind vorhanden. Die Forschungsfrage liegt nicht vor.

7. What is the research problem?

Ein Großteil der Bevölkerung mit HI nimmt keine professionelle Hilfe in Anspruch. In Schweden gibt es eine große Anzahl an Immigration während der letzten Jahrzehnten. Somit ist es wichtig, Studien mit Personen, die einen ethnischen Hintergrund haben, durchzuführen und das Wissen über deren Empfindungen und Erfahrungen von verschiedenen Bedingungen zu vergrößern.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Ja, die Introduction beinhaltet ein Literaturreview.

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Es gibt zwei Studien in der Introduction, die elf Jahre älter sind als die durchgeführte Studie.

10. What are the central concepts?

Die zentralen Konzepte der Introduction sind Auswirkungen auf die Lebensqualität und Unterschiede bei HI bezüglich Prävalenz, Einschränkungen und Gesundheitssuchverhalten zwischen ethnischen Gruppen.

11. What is the research gap?

Nur wenige Forscherinnen/Forscher untersuchen HI bei verschiedenen ethnischen Gruppen. Es bestehen genügend Studien über die HI bei älteren Frauen. Jedoch ist wenig über das Wissen von Erfahrungen und Sichtweisen über HI von syrische Frauen vorhanden.

12. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Das Ziel der Studie ist, Erfahrungen und Sichtweisen über HI von syrischen Frauen, die in Schweden wohnen, zu beschreiben.

Methods

13. What parts can be read out of the method section? What is missing?

Der Methodenteil ist übersichtlich. Das Design, die Stichprobe, das Setting, ethische Aspekte und Mess- und Analysemethoden sind dargestellt.

14. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Ja, der Methodenteil ist übersichtlich und nachvollziehbar.

Design

15. What is the research approach?

Qualitativer Forschungsansatz

16. What is the research design?

Es handelt sich um ein deskriptives Design.

17. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja, das Design ist angemessen. Qualitative deskriptive Forschung wird genutzt, um ein Thema zu erkunden und zu beschreiben. Die Forscherinnen/Forscher haben sich nicht auf ein spezifisches Design wie Phänomenologie, Grounded Theory oder Ethnographie festgelegt und können somit die Designs miteinander verknüpfen.

Sample

18. What is the sample?

14 syrische christliche Frauen aus Schweden mit HI Erfahrungen. Diese werden auf drei Fokusgruppen aufgeteilt.

19. What are the procedures for choosing the sample?

Die Forscherinnen/Forscher benutzten für die Rekrutierung der Teilnehmerinnen das Snowball Sampling. Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin, die mit einer Forscherin (G.A.) und in der syrischen Gesellschaft bekannt ist, rekrutierte die erste Fokusgruppe. Weitere Frauen wurden durch Snowball Sampling von den anderen Teilnehmerinnen über die Studie informiert.

20. Where are the participants recruited?

Syrische christliche Frauen wurden in Schweden rekrutiert. Weiteres über den genauen Standort ist nicht bekannt, da es sich hierbei um ein Snowball Sampling handelt. Somit sind auf verschiedenen Plätzen durch andere Teilnehmerinnen rekrutiert werden.

21. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Das Snowball Sampling hat den Nachteil, dass andere mögliche Teilnehmerinnen übersehen werden könnten. Es beschränkt sich auf ein kleines Netzwerk und die Möglichkeit auf Verzerrung der Ergebnisse besteht.

22. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, das Snowball Sampling ist angemessen für die Studie. Es ist eine gute Methode, um Teilnehmerinnen zu rekrutieren, zu denen die Forscherinnen/Forscher einen schlechten Zugang haben. Denn es ist ansonsten schwierig, syrische Teilnehmerinnen in Schweden mit Erfahrungen bezüglich HI, einem sensiblen Thema, zu finden.

Ethical considerations

23. Is there an approval of the ethical commission?

Ja, die regionale Ethikkommission genehmigte die Durchführung der Studie.

24. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Ja, die Teilnehmerinnen haben Informationen über die Studie erhalten. Weiters wurde ihnen versichert, dass die Informationen vertraulich sind und die Teilnahme an der Studie freiwillig ist. Eine schriftliche Zustimmung von Seiten der Probandinnen gab es nicht, weil einige nicht lesen konnten.

Setting

25. What was the setting for data collection?

Alle Fokusgruppendifkussionen wurden in den Gebäuden von der syrischen Gesellschaft oder Kirchen durchgeführt.

26. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, das Setting ist angemessen, um das Ziel zu erreichen.

Data collection

27. What is the data collection method?

Fokusgruppendifkussionen, die jeweils zwischen 35 und 60 Minuten dauerten.

28. Is the data collection method trustworthy?

Am Anfang wurde den Teilnehmerinnen Vertraulichkeit der Daten versichert. Bei Fokusgruppendifkussionen ist jedoch unklar, wie Teilnehmerinnen mit fremde Daten umgehen.

29. Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja, es ist angemessen. Die Autorinnen/Autoren geben die Methode der Datenerhebung (Fokusgruppendifkussionen) als angemessen an. In der qualitativen Forschung werden Fokusgruppen genutzt, um Erfahrungen von Personen herauszufinden.

30. Does the data collection method bias the results?

Generell gehen durch eine Fokusgruppendifkussion die Teilnehmerinnen mehr ins Detail, weil diese auf die Äußerung von Anderen der Gruppe reagieren. Somit können vielseitige Sichtweisen diskutiert werden. Bei diesen Fokusgruppendifkussionen war eine Dolmetscherin anwesend, da die Forscherin/der Forscher und die Probandinnen nicht derselben Sprache mächtig war. Die Dolmetscherin war ebenso Mitglied der syrischen Gesellschaft in Schweden und kannte somit die Probandinnen. Die Autorinnen/Autoren der

Studie meinten, dass die Möglichkeit von Verzerrungen in den Ergebnissen dadurch bestehen kann.

31. How are the data recorded?

Feldnotizen wurden während einer Fokusgruppendifkussion gemacht, weil der Tonbandträger nicht funktionierten. Die anderen beiden Fokusgruppendifkussionen wurden mit dem Tonband aufgezeichnet und in späterer Folge transkribiert.

Data analysis

32. What methods are used to analyze the data?

Eine Inhaltsanalyse (content analyses) wurde durchgeführt. Zuerst wurde der Text mehrmals gelesen, danach erfolgte die Analyse. Feldnotizen und der transkribierte Text wurden in Sinneseinheiten (meaning units) unterteilt. Jede Einheit wurde gekürzt, dann codiert und alle Codes der Forschungsgruppendifkussionen wurden darauf nach Inhalt gruppiert. Am Ende wurden Subkategorien und Kategorien festgelegt.

33. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Der Co-Autor (E.S.-B.) las alle Fokusgruppendifkussionen. Die Hauptaspekte und Unterkategorien wurden gemeinsam diskutiert.

34. Is data saturation reached?

In der Studie nicht angegeben.

35. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, die Erfahrungen der syrischen Frauen werden zusammengefasst.

Denn Inhaltsanalysen werden in der qualitativen Forschung verwendet, um die Informationen von einer Fokusgruppendifkussion oder Interview in einem Text zusammenzufassen und in verschiedene Kategorien zu unterteilen.

Results

36. What are the main findings?

Die Resultate wurden in drei Kategorien unterteilt: Gedanken über HI, Bewältigung von HI und Kommunikation mit Gesundheitsanbieterinnen/Gesundheitsanbieter.

Die Frauen äußerten ihre Gedanken zur Ursache von HI: Die Ursachen für HI sind laut Aussagen eine schwache Muskulatur, viele Geburten, schwere Arbeit

in Syrien und das Älterwerden. Scham und Angst bestehen, wenn sie über das Thema HI sprechen müssen. In der Fokusgruppe sind sich die Teilnehmerinnen einig, dass ein soziales Umfeld von Frauen wichtig ist. Seien es jetzt Töchter, Schwiegertöchter, Nachbarinnen oder Freundinnen, die ihnen mit dem Problem HI unterstützen. Frauen entwickeln verschiedene Strategien, um den Harnverlust zu bewältigen. Sie bleiben in der Nähe von Toiletten und verwenden Inkontinenzeinlagen. Nur wenige von den Teilnehmerinnen akzeptierten einen Arzt, sie wollten lieber von einer Ärztin untersucht werden. Ein großes Problem ist zudem die Kommunikation zwischen syrischen Frauen und den Ärztinnen/Ärzten, welches dazu führt, dass viele Betroffene keine Hilfe in Anspruch nehmen. Die ältere Generation versteht kein Schwedisch und somit benötigen sie die Hilfe einer Dolmetscherin/eines Dolmetschers, dies ist jedoch nicht immer möglich. Die fremde Sprache ist ein Hindernis für syrische Frauen, um professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

37. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja, die Resultate werden in drei Untergruppen aufgeteilt. Die Autorinnen/Autoren zitieren zu den einzelnen Resultaten, die Aussagen von den Teilnehmerinnen.

38. Are the tables and figures easy to understand?

Es sind zwei Tabellen vorhanden, welche gut beschriftet und verständlich sind. Die erste Tabelle zeigt die Charakteristiken der Teilnehmerinnen an und die zweite die Kategorien und Subkategorien von den Ergebnissen.

39. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja, das Ziel wurde erreicht.

Discussion

40. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Beginnt damit, dass das Ziel erreicht wurde. Geht also vom Spezifischen zum Allgemeinen. Wichtige Ergebnisse werden nochmals aufgezeigt und mit anderer Literatur verglichen beziehungsweise interpretiert. Stärken und Limitationen sind vorhanden. Eine Empfehlung für die Praxis und Forschung ebenso.

41. Does the author compare his main findings with results from literature?

Ja, die Autorinnen/Autoren vergleichen oder interpretieren die Resultate mit anderer Literatur.

42. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Ja, das Hauptergebnis wird nochmals kurz in zwei Sätzen formuliert. Forschungs- und Praxisempfehlungen wurden angeführt.

43. Does author give implications for nursing practice?

Ja. Das Gesundheitssystem benötigt mehr interkulturelles Wissen und dies sollte auf die Bedürfnisse der Frauen sollte Einfluss nehmen. Ein weiterer Ansatz ist, dass Departements mit besseren Öffnungszeiten errichtet werden, die sich auch auf HI spezialisieren. In diesen Departements sollten professionelle Gesundheitsanbieter mit kulturellen Kompetenzen arbeiten.

44. Does author give implications for further nursing research?

Ja. Mehr empirische Studien mit kulturellen Aspekten sind notwendig, damit mehr Wissen und ein besseres Verständnis über kulturell bedingte Bedürfnisse im Gesundheitswesen bereitgestellt werden.

45. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Autorinnen/Autoren: Es konnten nicht mehr Frauen für die Fokusgruppendifkussion rekrutiert werden. Die Forscherin/der Forscher konnte sich aufgrund der Fremdsprache nicht bei der Diskusion miteinbringen, das bedeutet, dass sie/er bei Unklarheiten nicht nachfragen konnte. Ein weiterer negativer Aspekt ist, dass bei der Fokusgruppendifkussion eine Dolmetscherin vorhanden war, die jedoch die Partizipantinnen kannte, weil sie ebenso der syrischen Gesellschaft in Schweden angehörte. Dies könnte für Verzerrungen sorgen.

Leserin: Die Forschungsfrage fehlt in der Studie. Es wird ein deskriptives qualitatives Design verwendet, besser wäre es, wenn sich die Forscherinnen/Forscher auf ein qualitatives Design spezialisieren. Eine weitere Limitation ist, dass niemand von den Forscherinnen/Forschern der syrischen Sprache mächtig war.

46. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Autorinnen/Autoren: Die Studie beinhaltet sowohl ältere als auch jüngere Frauen. Die Anwendung von Fokusgruppendifkussionen ist eine Stärke, denn somit wurden Frauen, die weder lesen noch schreiben konnten, eingeschlossen. Es geht in der Studie nicht um eigene persönliche Erfahrungen, sondern um ein

allgemeine Sichtweisen. Somit konnten die Teilnehmerinnen eine passive Rolle in der Diskussion einnehmen.

Leserin: Eine gute Datenerhebungsmethode wurde für das Ziel ausgewählt. Die Resultate werden übersichtlich mit Unterüberschriften dargestellt. Forschungs- und Praxisempfehlungen werden angeführt.

Reference list

47. Is there a consistent reference style?

Ja, die Zitation ist einheitlich, es gibt keine Unterschiede.

Using research results

48. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja. Die Studie zeigt eine wichtige Barriere bei Inanspruchnahme von professioneller Hilfe auf. Das Kommunikationsproblem besteht nicht nur bei HI, sondern kann auch bei anderen gesundheitlichen Themen auftreten. Die Studie zeigt, dass das Gesundheitspersonal mehr über kulturelle Aspekte wissen sollte.

49. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Indirekt, weil erwähnt wird, dass mehr kulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen benötigt werden. Die genaue Umsetzung dieser wird jedoch nicht beschrieben.

Bewertungsbogen Qualitative study (Bauer 2014)

'Women's Experience of Internet-Based or Postal Treatment for Stress

Urinary Incontinence'

Björk et al. 2014

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting)

Population (Women), Setting (Internet oder per Post) und wichtige Keywords sind enthalten. Die Art der Studie und das Design werden nicht explizit genannt, können jedoch aus dem Titel herausgelesen werden. So ist durch das Wort „Experiences“ zu erkennen, dass es sich um eine qualitative Studie handelt und womöglich als Design die Grounded Theory gewählt wurde.

2. Does the title reflect the content of the whole text?

Ja reflektiert den gesamten Text, weil es um die Erfahrungen von Therapien bei Stressinkontinenz handelt, die über das Internet oder postamtliche Zusendung erfolgt.

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?

Background ist vorhanden und die Methode ist gut beschrieben. Das Design und die Art der Studie wird im Abstract erwähnt. Auch die Datenerhebungsmethode ist vorhanden. Ergebnisse werden kurz dargestellt und eine allgemeine Empfehlung, jedoch nichts Genaueres für die Forschung oder Praxis. Keywords werden am Ende des Abstracts erwähnt. Das Ziel ist im Abstract nicht vorhanden.

4. Can the abstract be understood without reading the whole text?

Ja, der Abstract ist gut verständlich. Es handelt sich um einen unstrukturierten Abstract.

5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Nein. Es gibt keine Diskrepanzen zwischen Abstract und Text.

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

Die Introduction geht von Allgemeinen zum Spezifischen. Sie endet sozusagen mit dem Ziel. Das derzeitige Wissen wird in Form eines Literaturreviews gut beleuchtet. Forschungslücke ist vorhanden und wichtige Keywords werden definiert. Jedoch fehlt die Forschungsfrage.

7. What is the research problem?

Viele Betroffene von Stressinkontinenz konsultieren keine professionelle Hilfe. Neue erreichbare Informationsressourcen werden benötigt.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Ja, ein übersichtliches Literaturreview ist vorhanden.

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Es werden 6 Studien verwendet, die älter als 10 Jahre sind. Wobei eine Studie für die Definition verwendet wurde.

10. Are there definitions mentioned?

Ja, Stressinkontinenz und Grounded Theory werden erklärt.

11. What are the central concepts?

Gesundheitsinformationen übers Internet werden immer häufiger genutzt. Es gibt bereits zahlreiche Informationen im Internet rund um verschiedene gesundheitliche Themen wie über Selbstmanagement. In einer zuvor durchgeführten randomisierten kontrollierten Studie wurden 2 Gruppen gebildet. Eine Gruppe hatte Informationen über Stressinkontinenz und Beckenbodenübungen über das Internet erhalten und hatte auch E-Mail-Kontakt mit einer GHprofession (Fachgebiet Urologie). Die andere Gruppe hatte diese Informationen über die Post erhalten, jedoch keinen Kontakt mit einer GHprofession. Darauf basierend wurde eine neue Studie, dieses Mal eine qualitative Studie, durchgeführt. In dieser wurden die Frauen nach den Erfahrungen bezüglich der damals durchgeführten Studie befragt.

12. What is the research gap?

Nicht Medikamentöse Therapien für Stressinkontinenz, wie zum Beispiel Internet basierte Therapien werden als wichtiger Bereich für weitere Forschung in internationaler Literatur erwähnt.

13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Erfahrungen der Teilnehmerinnen von Therapien gegen Stressinkontinenz, die über das Internet oder postamtliche Zusendung erfolgten, darzustellen. Weiters wurde untersucht, wie das Therapieprogramm für Stressinkontinenz über die Post wahrgenommen worden ist und ob sich die Tendenz zu Hilfesuche veränderte. Es ist keine Forschungsfrage vorhanden.

Methods

14. What parts can be read out of the method section? What is missing?

Die Art der Studie ist vorhanden – es handelt sich hierbei um eine qualitative Studie. Das Design „Grounded Theory“ wird verwendet. Dies wird kurz beschrieben und die Forscherinnen/Forscher begründen warum sie dieses Design ausgewählt haben. Des Weiteren wurde das Sample, Setting, die Mess- und Analysemethoden beschrieben.

15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Ja, die Methoden sind gut beschrieben.

Design

16. What is the research approach?

Qualitativer Forschungsansatz

17. What is the research design?

Grounded Theory

18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja, dieses Design ist angemessen, da noch wenig Wissen über das untersuchte Thema vorhanden ist.

Sample

19. What is the sample?

21 Frauen von der vorher durchgeführten Randomized Controlled Trial Studie (aus dem Jahr 2013), wurden telefonisch interviewt.

20. What are the procedures for choosing the sample?

Die Partizipantinnen wurden aus einer vorher durchgeführten randomisierten kontrollierten Studie strategisch ausgewählt. Durch Email-Einladung wurden die Teilnehmerinnen gefragt, ob sie Interesse an eine weitere Studie haben. Sowohl Teilnehmerinnen aus der „Internet based treatment“ Gruppe als auch aus der „Postal treatment“ Gruppe wurden rekrutiert.

21. Where are the participants recruited?

Aus einer vorher durchgeführten RCT und daraus wurden Emails an die Teilnehmerinnen von der anderen Studie geschickt.

22. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Nein, dies ist eine gute Möglichkeit. Aus beiden Gruppen (Internet based treatment und Postal treatment) wurde eine angemessene Anzahl an Partizipantinnen ausgewählt. So wurden die Erfahrungen beider Gruppen in die Studie inkludiert.

23. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, es handelt sich um eine qualitative Studie, somit sind 21 Frauen eine angemessene Anzahl.

Ethical considerations

24. Is there an approval of the ethical commission?

Ja. Die Studie wurde von Regional Ethical Review Board genehmigt.

25. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Ja, eine Einverständniserklärung (informed consent) der Teilnehmerinnen war vorhanden.

Setting

26. What was the setting for data collection?

Das Setting ist unterschiedlich, da es sich um eine Telefon-Interview Studie handelt.

27. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, weil die vorher durchgeführte Studie bereits non-face-to-face treatment war.

Data collection

28. What is the data collection method?

Es handelt sich um semistrukturierte Telefon-Interviews.

29. Is the data collection method trustworthy?

Ja, jedoch ist nicht bekannt was mit den aufgezeichneten Informationen passiert ist.

30. Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja, weil die erste Studie, die durchgeführt wurde, ebenso non-face-to-face gewesen war. Wenn Erfahrungen über sensiblen Themen (z.B. HI) erhoben werden, ist es für die Teilnehmerinnen womöglich einfacher via Telefon und nicht Angesicht zu Angesicht mit einer Person darüber zu sprechen.

31. Does the data collection method bias the results?

Nein. Die Partizipantinnen von beiden Gruppen (Internet based treatment group und postal treatment group) wurden in die Datenerhebung miteingeschlossen.

32. How are the data recorded?

19 Telefoninterviews wurden mit einem Tonband aufgenommen. Bei einem Interview traten technische Probleme auf und eine Teilnehmerin wollte keine Aufnahme des Gesprächs. Bei beiden Letzteren wurden Handnotizen gemacht.

Data analysis

33. What methods are used to analyze the data?

Die Datenerhebung, Transkription und die Codierung erfolgte gleichzeitig. Der transkribierte Text wurde codiert und die einzelnen Codierungen wurden verglichen und diskutiert. Danach ergaben sich weitere Themengebiete, die in den folgenden Telefoninterviews berücksichtigt wurden.

34. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Die erste Autorin führte die Datenerhebung, also die Telefoninterviews durch und transkribierte die Aufnahmen. Bevor sie das Interview durchführte, las sie sich den damaligen Email Kontakt (von RCT Studie) zwischen den Partizipantinnen und der urologischen GHprofession durch. So erlangte sie ein besseres Vorwissen. Es ist möglich, dass gewisse Aspekte gründlicher erforscht wurden und andere Aspekte eher weniger, weil nur eine Forscherin die Interviews durchgeführt hatte. Für die Datenanalyse trug jede Autorin/jeder Autor ihren/seinen Teil dazu bei.

35. Is data saturation reached?

Ja, die Interviews wurden so lange durchgeführt, bis keine neuen Kategorien mehr gefunden wurden.

36. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, da es sich um eine qualitative Studie handelt ist die Codierung angemessen.

Results

37. What are the main findings?

Schamgefühl, zu wenig Wissen über mögliche Therapiemaßnahmen, negative Erfahrungen und fehlende Motivation sind Barrieren für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe.

Die Informationszufuhr über Stressinkontinenz und den Erklärungen über die Beckenbodenmuskulturübungen erfolgte über das Internet besser als über die postamtliche Zusendung. Die Teilnehmerinnen, die Informationen über die Post zugesandt bekommen hatten, fühlten sich nicht unterstützt und alleine. Im Gegensatz dazu, fühlten sich die Teilnehmerinnen, die Informationen über das Internet erhielten und immer in Kontakt mit der Profession waren, unterstützt und wohl. Die Anonymität ist gegeben und die Frauen können somit freier über HI mit einer Profession über das Internet sprechen. Das Schamgefühl für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe sank. Das Wissen über Stressinkontinenz selbst und mögliche Therapiemaßnahmen wurde erweitert. Die Beziehung zwischen den Teilnehmerinnen und der GHprofession (Fachgebiet Urologie) über das Internet war gegeben, obwohl kein face to face Kontakt bestand.

38. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja, die Resultate werden gut dargestellt und sind in Unterüberschriften eingeteilt. Zu den jeweiligen Unterüberschriften werden Aussagen von Teilnehmerinnen zitiert und sind mit P (Teilnehmerinnen, die Informationen über die Post zugesandt bekamen) oder I (Teilnehmerinnen, die Informationen über das Internet erhielten) für besseres Verständnis markiert.

39. Are the tables and figures easy to understand?

2 Tabellen und 2 Abbildung sind in der Studie vorhanden. Alle 4 sind selbsterklärend, jedoch sagen Abbildung 2 und Tabelle 2 das ähnliche aus.

40. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja. Das Ziel wurde erreicht, weil die Erfahrungen der Teilnehmerinnen ausführlich beschrieben worden waren.

Discussion

41. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Die wichtigsten Ergebnisse werden nochmals dargestellt und gut mit anderer Literatur verglichen. Weiters werden die Resultate interpretiert. Die Diskussion in der Studie geht vom Spezifischen zum Allgemeinen. Die Stärken und Limitationen werden nach der Diskussion in einem extra Punkt erwähnt. In der Conclusion wird erwähnt, welche neue Erkenntnisse diese Studie für die Forschung gemacht hatte. Empfehlungen für Forschung und Praxis werden nicht direkt erwähnt.

42. Does the author compare his main findings with results from literature?

Ja, die Autorinnen/Autoren vergleichen die Resultate mit anderen Literaturen.

43. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

In der Conclusion wird erklärt, was durch diese Studie neu beigetragen wurde.

Die Conclusion geht aus den Ergebnissen hervor.

44. Does author give implications for nursing practice?

Nein, die Autorinnen/Autoren geben keine Praxisempfehlung an.

45. Does author give implications for further nursing research?

Nein nicht direkt. Es wird erwähnt, dass technische Ressourcen für Informationen und Behandlungen ohne face-to-face Kontakt, die Zukunft sind.

46. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Autorinnen/Autoren: Die Studie schließt nicht alle Frauen mit Stressinkontinenz ein.

Es ist möglich, dass gewisse Aspekte gründlicher erforscht wurden als andere, weil nur eine Forscherin die Interviews durchführte.

Eine weitere Schwäche ist, dass die Telefoninterviews nicht lange Zeit dauerten und es möglich ist, dass Resultate übersehen wurden.

Leserin: Forschungsfrage und Empfehlungen für Praxis beziehungsweise Forschung fehlen. Nur eine Person führte die Telefoninterviews durch.

47. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Autorinnen/Autoren: Eine Stärke ist, dass Frauen, die das Internet als Informationsressource genutzt hatten und die, welche Informationen über die Post zugesandt bekamen, parallel interviewt wurden. Somit konnten Ergebnisse von beiden Gruppen gut dargestellt werden. Telefoninterviews haben auch einen positiven Aspekt – denn bei sensiblen Themen, fühlen sich Betroffene wohler, wenn sie keinen face-to-face Kontakt haben.

Leserin: Die Studie ist übersichtlich gestaltet und nachvollziehbar. Eine Stärke ist, dass Telefon Interviews durchgeführt wurden. Während der Datenerhebung bestätigt sich, dass Telefoninterviews eine gute Wahl waren, weil die Partizipantinnen ein besseres Wohlbefinden bei non-face-to-face Kontakt erwähnten.

Reference list

48. Is there a consistent reference style?

Ja, die Referenzen sind einheitlich.

Using research results

49. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja, die Studie erwähnt welche Barrieren bei face-to-face Kontakte auftreten. Die Studie zeigt, dass alternative Informationsressourcen wie die Nutzung von Medien einen positiven Einfluss auf HI-Betroffene haben. Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal kann die Patientinnen/Patienten über die alternativen Informationsressourcen aufmerksam machen. Ebenso können sie selbst als GHprofession im Internet tätig sein und die Betroffenen mit HI unterstützen.

50. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Der Nutzen ist indirekt, weil dies bezüglich noch mehr erforscht werden muss.

Bewertungsbogen Qualitative study (Bauer 2014)

'Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian

Indian women in Leicester'

Doshani et al. 2007

Title

- 1. Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting)**

Der Titel enthält die Art der Studie (qualitative Studie), Population (South Asian Indian women), das Setting (Leicester) und wichtige Keywords (culturally, continence care). Das Design der Studie ist nicht im Titel enthalten.

- 2. Does the title reflect the content of the whole text?**

Ja.

Abstract

- 3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?**

Der Abstract ist gut strukturiert und Bestandteile, wie Background, Ziel, Methoden, Results und Conclusion, sind vorhanden. Das Forschungsproblem und die Forschungslücke befinden sich im Background. Es fehlen die Praxis- und Forschungsempfehlungen.

- 4. Can the abstract be understood without reading the whole text?**

Ja der Abstract ist gut verständlich.

- 5. Are there inconsistencies between abstract and the text?**

Nein, es gibt keine Differenzen. Text und Abstract stimmen überein.

Introduction

- 6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?**

Die Introduction geht vom Allgemeinen zum Spezifischen. Sie beginnt damit, dass HI ein Gesundheitsproblem ist und physische, psychosoziale und soziale Auswirkungen mit sich zieht. Das Forschungsziel ist angeführt. Die Forschungslücke und das Forschungsproblem werden angegeben.

- 7. What is the research problem?**

Das Vereinigte Königreich hat einen hohen und wachsenden Anteil an ethnischen Minderheiten. Vor allem Personen aus dem südasiatischen Raum

gehören der Minderheit an. Auditdaten zeigten auf, dass nur ein geringer Anteil von der südasiatischen indischen Bevölkerung in Leicester, professionelle Hilfe aufsuchen.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Ja, in der Einleitung ist ein Literaturreview vorhanden.

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Zwei Studien sind älter als zehn Jahre. Eine Studie ist von 1993 und die andere von 1994.

10. Are there definitions mentioned?

Es werden keine Keywords definiert. National Health science wird in einem Satz erklärt.

11. What are the central concepts?

HI ist ein ernstzunehmendes Gesundheitsproblem und hat verschiedene Auswirkungen auf die Betroffenen. Einfache und effektive Behandlungen sind möglich, jedoch sucht nur ein geringer Anteil professionelle Hilfe auf. Dazu gehören nicht nur Einheimische sondern auch ethnische Minderheiten.

12. What is the research gap?

Es sind wenige Daten bezüglich HI bei ethnischen Minderheiten vorhanden. Forschung aus der USA beschreibt, dass es signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen gibt. Es ist aus den Studien nicht ersichtlich, ob diese Unterschiede im Vereinigten Königreich gleich sind, da dort andere ethnische Gruppen sind.

13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Die Ansichten und Erfahrungen der Frauen, die der südasiatischen indischen Gemeinschaft in Leicester angehören, bezüglich HI und deren Vorstellung über verfügbare Hilfsmöglichkeiten, zu untersuchen.

Methods

14. What parts can be read out of the method section? What is missing?

Es ist alles vorhanden. Das Design, Setting, die Stichprobengröße, Messmethoden, Analysemethoden und Ethik können aus der Methode herausgelesen werden.

15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Ja alle Punkte sind verständlich und nachvollziehbar beschrieben.

Design

16. What is the research approach?

Es ist ein qualitativer Forschungsansatz.

17. What is the research design?

Es ist eine focus group-based study.

18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja, das Design ist angemessen. Dies eignet sich gut um Sichtweisen und Erfahrungen von Betroffene über HI und continence services zu erforschen. Weiters sind Fokusgruppen für Gebiete, die noch nicht ausreichend erforscht sind, gut geeignet. Die Autorinnen/Autoren geben an, dass andere Studien mit Fokusgruppen gute Erfahrungen gemacht haben. Vor allem wenn die Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Fokusgruppe einer ethnischen Minderheit angehören.

Sample

19. What is the sample?

Es sind vier Fokusgruppen, mit jeweils 6 Frauen. Diese Frauen haben einen südasiatischen indischen Ursprung.

20. What are the procedures for choosing the sample?

Die Teilnehmerinnen wurden aus bestehenden Gruppen von südasiatischen Gemeinschaftszentren, Gemeinschaftstreffpunkten von Sikhs und Hindu-Tempeln in Leicester ausfindig gemacht. Eine Autorin ging zu den jeweiligen Treffpunkten und informierte die möglichen Teilnehmerinnen über die Studie. Weiters wurden die Frauen gefragt, ob sie teilnehmen möchten, ganz egal welchen continence status sie gehabt hatten. Es wurden 4 Fokusgruppen zu je 6 Teilnehmerinnen gebildet. Die Forscherinnen/Forscher teilten die Teilnehmerinnen je nach Altersgruppe und Sprache in die Gruppen ein. In der ersten und dritten Gruppe befanden sich Frauen im Alter von 30-60 Jahren. In der zweiten und vierten Gruppe befanden sich Frauen von 60-85 Jahren.

21. Where are the participants recruited?

Die Partizipantinnen wurden in Leicester, genauer gesagt in Gemeinschaftszentren, Gemeinschaftstreffpunkten von Sikhs und Hindu-Tempeln rekrutiert.

22. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Es ist unklar, ob die Ergebnisse verzerrt wurden. Denn es wurde eine self-selected Samplemethode angewandt.

23. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, weil es sich hierbei um eine qualitative Forschung handelt.

Ethical considerations

24. Is there an approval of the ethical commission?

Die Forscherinnen/Forscher haben sich bei der lokalen Ethikkommission über die Anforderungen informiert. Jedoch bekamen die Forscherinnen/Forscher die Rückmeldung, dass keine schriftliche Genehmigung erforderlich wäre und die lokale Ethikkommission nicht dafür zuständig sei. Trotz allem haben die Forscherinnen/Forscher die gleichen ethischen Anforderungen, die sie bei vorherigen von der lokalen Ethikkommission genehmigten focus group-based studies benötigten, eingehalten.

25. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Das Einverständnis der Partizipantinnen wurde eingeholt. Bevor die Diskussion zwischen den Teilnehmerinnen in der Fokusgruppe startete, wurde nochmals ein mündliches Einverständnis eingeholt.

Setting

26. What was the setting for data collection?

In Leicester. Die jeweilige Fokusgruppe traf sich an einem Ort, welcher in der Nähe des Wohnortes der Teilnehmerinnen war. Dies war meist ein religiöses Zentrum. Bei einer Teilnehmerin erfolgte die Datensammlung zuhause.

27. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, das Setting ist gut gewählt, da sich die Forscherinnen/Forscher nach den Wünschen der Teilnehmerinnen richteten.

Data collection

28. What is the data collection method?

Die Methode der Datensammlung war eine Fokusgruppendifkussion. Die Diskussion wurde von einer Moderatorin/einem Moderator (Autorin/Autor) durchgeführt. Zuvor wurden fünf Hauptthemen als Leitfaden für die Diskussionen in der Fokusgruppe festgelegt.

29. Is the data collection method trustworthy?

Ja. Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe mussten zustimmen, dass alles Gesprochene geheim zu halten ist. Weiters wurde den Teilnehmerinnen erklärt, dass die Bandaufnahme nach der Übersetzung und Transkription gelöscht wird. Die Ergebnisse wurden anonymisiert.

30. Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja. Siehe Frage 18.

31. Does the data collection method bias the results?

Nein. Die Datenerhebung verzerrte die Ergebnisse nicht. Denn die Teilnehmerinnen kamen durch die Fokusgruppenstudie auf mehr Themen zu sprechen, auf die sie vielleicht in einem Einzelinterview nicht gekommen wären.

32. How are the data recorded?

Die Daten wurden auf Band aufgezeichnet, anschließend übersetzt und transkribiert.

Data analysis

33. What methods are used to analyze the data?

Die Daten wurden auf eine systematische und wiederholende Art analysiert. Dies basiert auf die constant comparative method.

34. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Ja. Im Datensammelungsprozess sind keine Annahmen oder Vorurteile vorhanden. Im Methodenteil wird die Forscherin/der Forscher zu den jeweiligen durchgeführten Tätigkeiten erwähnt. Die Forscherinnen/Forscher haben gemeinsam die Hauptthemen für die Fokusgruppens Diskussion festgelegt. Bei der Datenanalyse wurden die Daten oft gelesen und dann codiert. Die Ergebnisse diskutierten die Forscherinnen/Forscher gemeinsam.

35. Is data saturation reached?

Nicht angegeben.

36. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, für das genannte Ziel ist die Datenanalyse passend.

Results

37. What are the main findings?

Viele Frauen meinten, dass HI aufgrund des Alterwerdens normal sei und suchen daher auch keine professionelle Hilfe auf. Anderen gesundheitlichen Problemen werden eine höhere Priorität zugeordnet. Die Frauen haben daraufhin auch Coping Strategien entwickelt. Einige machten schlechte Erfahrungen mit GHprofessionen und bekamen keine adäquate Therapie. Weiters fällt es den Frauen schwer mit den GHprofessionen über HI zu sprechen, weil sie sich dafür schämen. Es hängt jedoch ganz davon ab, um welche professionelle GHfachkraft es sich handelt, welches Geschlecht diese hat und welche ethnische Gruppe diese angehört. Von der Möglichkeit verschiedene Informationsquellen zu nutzen, wissen nur wenige Teilnehmerinnen Bescheid.

38. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja, die Resultate sind in drei Unterüberschriften gegliedert. Zu jedem Ergebnis wurden Beispiele von Aussagen der Teilnehmerinnen angeführt.

39. Are the tables and figures easy to understand?

In der Studie werden zwei Tabellen angeführt, die sich mit dem Text gut ergänzen. Sie sind leicht zu verstehen und relevant.

40. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja, das Ziel wurde erreicht.

Discussion

41. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Die Diskussion geht von der Erwähnung des Erreichens des Ziels (vom Spezifischen) zum Allgemeinen. Die Hauptresultate werden nochmals aufgezeigt und mit anderer Literatur verglichen. Weiters werden die Resultate vor allem mit Studien, die ein Caucasian sample haben, verglichen. Eine Limitation wird in der Studie angeführt, Stärken jedoch nicht wirklich. Eine Conclusion ist vorhanden.

42. Does the author compare his main findings with results from literature?

Ja, die Autorinnen/Autoren verglichen die Hauptresultate mit anderer Literatur.

43. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Ja.

44. Does author give implications for nursing practice?

Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister sollen Patientinnen/Patienten direkt auf Probleme beim Harnlassen ansprechen.

45. Does author give implications for further nursing research?

Die Autorinnen/Autoren geben nicht direkt eine Forschungsempfehlung an. Sie sagen, dass ihre Studie ein Grundstein für weitere Forschung in diesem Bereich ist.

46. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Autorinnen/Autoren: Es war eine self-selected Samplmethode, somit ist nicht klar inwiefern die Resultate verallgemeinert werden können.

Leserinnen/Leser: Die Forschungsfrage fehlt und teilweise wird veraltete Literatur verwendet.

47. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Autorinnen/Autoren: Neue Erkenntnisse konnten durch die Studie erlangt werden.

Leserinnen/Leser: Die Ergebnisse der Studie sind mit Beispielen gut dargestellt. Die Datenerhebungsmethode wurde für das Erreichen des Ziels gut gewählt.

Reference list

48. Is there a consistent reference style?

Ja, die Zitation ist einheitlich.

Using research results

49. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja. Gesundheitsanbieterinnen/Gesundheitsanbieter werden durch die Studie über Barrieren, die die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe behindern, aufgeklärt. Durch das Wissen können professionelle GHfachkräfte somit Unterstützung leisten, die Barrieren zu überwinden.

50. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Direkt. Es wird erwähnt, dass Gesundheitsanbieterinnen/Gesundheitsanbieter die Patientinnen/Patienten auf Probleme beim Harnlassen ansprechen sollten. Indirekt, weil es keine Leitlinie zur Implementierung von cultural sensitive care gibt.

Bewertungsbogen Quantitative study (Bauer 2014)

'Urinary incontinence: Evaluation of an information campaign directed towards the general public'

Franzen et al. 2008

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)

Im Titel ist die Population (general public) enthalten. Wichtige Keywords wie z.B. „urinary incontinence“ oder „information campaign“ stehen am Anfang des Titels. Durch das Wort „Evaluation“ kann darauf geschlossen werden, dass es sich hierbei um eine quantitative Studie handelt. Jedoch wird die Art der Studie und das Design nicht explizit angeführt. Des Weiteren fehlt das Setting.

2. Does the title reflect the content of the whole text?

Ja.

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?

Der Abstract enthält das Ziel, die Methode, Resultate und Conclusion. Das Sample und die Datenerhebungsmethode werden gut beschrieben. Weiters enthalten die Resultate Prozentzahlen. Der Background fehlt und Empfehlungen für die Forschung beziehungsweise Praxis sind nicht angeführt. Keywords werden am Ende des Abstracts genannt.

4. Can the abstract be understood without reading the whole text?

Ja, der Abstract ist gut strukturiert.

5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Nein, es gibt keine Unstimmigkeiten zwischen Text und Abstract.

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

Der Einstieg in die Introduction ist allgemein und endet mit dem Ziel. Es sind keine Forschungsfragen vorhanden.

7. What is the research problem?

Der Bedarf an Behandlungen für HI ist steigend. Es ist wichtig gesundheitliche Informationsressourcen zu verbessern, sodass mehr Wissen über HI bei den Betroffenen vorhanden ist und diese zum Selbstmanagement ermutigt werden.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Ja, ein kurzes Literaturreview ist vorhanden.

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Es werden 2 Literaturangaben in der Introduction verwendet, die älter als zehn Jahre sind.

10. Are there definitions mentioned?

Nein. Es gibt keine Definitionen.

11. What are the central variables? Are there dependent and independent variables (if applicable)?

Die unabhängige Variable ist die Informationskampagne (Broschüren). Die abhängige Variable ist das individuelle Gesundheitsverhalten bezüglich HI.

12. What is the research gap?

Informationsmaterial über HI wird für die Öffentlichkeit benötigt. Broschüren wurden für die Öffentlichkeit entwickelt, jedoch gibt es keine Ergebnisse über die Effekte auf die Gesundheitsversorgung.

13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Das Ziel der Studie ist es, den Effekt von einer Informationskampagne bei HI bezüglich Wissen, individuelle Gesundheitsverhalten und Selbstmanagement zu untersuchen und zu evaluieren. Des Weiteren werden die positiven und negativen Erfahrungen eruiert, wenn die Betroffenen die Broschüren erhalten haben.

Methods

14. What parts can be read out of the methods section? What is missing?

Es kann herausgelesen werden, dass es sich um eine quantitative Studie handelt. Da es sich um ein randomisiertes Sample handelt, weist es auf ein experimentelles Design hin. Die Stichprobe und das Setting sind vorhanden. Die Intervention wird beschrieben. Ebenso werden die Messmethoden und die Datenanalyse angegeben. Die ethische Genehmigung für die Studie ist vorhanden.

15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Ja, die Methoden sind gut beschrieben.

Design

16. What is the research approach?

Quantitativer Forschungsansatz

17. What is the research design?

Experimentelles Design

18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja, das entscheidende Wort ist „effect“ und eine unabhängige und abhängige Variable sind vorhanden.

Sample

19. What is the sample?

Die Samplegröße beträgt 3658.

20. What are the procedures for choosing the sample?

Es handelt sich um eine randomisierte Stichprobengröße. Von 6600 Personen aus Laxa (Schweden) wurden zufällig 3658 zufällig ausgewählt. Es wurden drei Gruppen gebildet, die Personen über 50 Jahre, von 35 - 49 Jahre und von 18-34 Jahre inkludierten. Frauen/Männer aus dem Pflegeheim wurden nicht inkludiert.

21. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Nein, da es sich hierbei um eine randomisierte Auswahl handelt.

22. What is the response rate?

Die Rücklaufquote beträgt 47,5%, wovon 55% Frauen sind. Die höchste Rücklaufquote war in der Altersgruppe zwischen 65 und 79 Jahren.

23. Were there refusals, dropouts or deaths?

Nicht angegeben.

24. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, die Anzahl ist angemessen. Die Ergebnisse sind trotzdem aussagekräftig, obwohl die Rücklaufquote niedrig ist. Die Autorinnen/Autoren geben an, dass auch andere population based surveys, die sich mit gesundheitlichen Problemen wie HI beschäftigen, eine niedrige Rücklaufquote hatten.

Ethical considerations

25. Is there an approval of the ethical commission?

Ja, die lokale ethische Kommission genehmigte die Studie.

26. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Die Forscherinnen/ Forscher sendeten die Broschüre und wichtige Informationen bezüglich der Studie. Eine schriftliche Einverständniserklärung hätte mitgesendet werden können. Jedoch ist es nicht unbedingt notwendig. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Rücksendung von den Fragen bereits ein Einverständnis für die Teilnahme der Studie ist.

Setting

27. What is the setting for data collection?

Das Setting ist Laxa, ein Ort in Schweden.

28. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Das Setting hätte können mehr Orte beziehungsweise Städte miteinschließen.

Experiment (if applicable)

29. What is the intervention?

Eine Informationskampagne über HI in Form einer Broschüre.

30. Is the intervention described in sufficient detail?

Ja wurde gut beschrieben. Die 40 Seiten Broschüre enthält Informationen über HI bezüglich Ursachen, Diagnostik und mögliche Behandlungsformen.

31. Do the participants know whether they received the intervention or not?

Ja. Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer wurden über die Studie und das Ziel informiert. Ein Fragebogen wurde nach 1-2 Monate nachgeschickt.

32. Would it have been possible to blind the participants, the staff and the researchers?

Nein, wäre nicht möglich gewesen.

33. Are there any other factors related to the intervention, which might have influenced the outcomes?

Nein.

Data collection

34. What is the data collection method?

Ein Fragebogen, der 20 Fragen enthält. 19 sind Multiple Choice Fragen und eine ist eine offene Frage, wo die Teilnehmerinnen/Teilnehmer andere Themengebiete für die Broschüre vorschlagen konnten.

35. Is the data collection method reliable and valid?

Ja es wurde ein validierter Fragebogen verwendet. Dieser wurde von den Forscherinnen/Forschern neu erstellt und in einer repräsentativen Gruppe von Frauen und Männern mehrfach getestet.

36. Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja der Fragebogen ist eine gute Möglichkeit, um zu sehen welchen Effekt die Broschüre auf die Population hat.

37. Does the data collection method bias the results?

Nein, die Datenerhebung verzerrte die Ergebnisse nicht.

Data analysis

38. What statistical methods are used to analyze the data?

Das statistische Programm SPSS Version 13.0 wurde verwendet und durch Verwendung von deskriptiver Statistik analysiert.

39. What is the level of significance?

Nicht angegeben.

40. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, die Daten konnten mit dem statistischen Programm gut ausgewertet werden.

Results

41. What are the main findings?

65% von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern hatten keinen Wunsch Wissen über HI zu erlangen, bevor sie die Broschüre erhielten. 14% wollten Informationen über HI erhalten, haben aber keine professionelle Hilfe gesucht. Nur ein kleiner Anteil hat Informationen über das Internet, Bücher oder Magazine in Anspruch genommen.

60% von der Rücklaufquote äußerte, dass neues und wichtiges Wissen durch die Broschüre erlangt worden war.

28% von der Rücklaufquote hatte bereits Erfahrungen mit HI. 42% von diesen äußerten, dass sie durch die Broschüre wichtige Informationen und Ratschläge für weitere Hilfe erhielten. Laut den Ergebnissen des Fragebogens waren auch hilfreiche Informationen über Selbstmanagement für die Betroffenen enthalten.

28% möchten weitere Broschüren über HI bekommen und 43% wollten Broschüren, die andere gesundheitliche Probleme behandeln, erhalten.

42. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja, die Resultate werden gut dargestellt. Es werden Unterüberschriften verwendet und Prozentzahlen sind direkt im Text angeführt.

43. Are the tables and figures easy to understand?

Es sind 2 Tabellen und 2 Abbildungen in der Studie vorhanden. Alle sind gut beschriftet und verständlich.

44. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja, das Ziel wurde erreicht. Die Resultate geben an welchen Einfluss die Broschüre auf das Wissen, das Gesundheitsverhalten und Selbstmanagement bei HI auf die Teilnehmerinnen/Teilnehmer haben. Ebenso, ob die Broschüre positiv oder negativ entgegengenommen wurde, wurde angeführt.

45. Are the results present in an objective way?

Ja, die Resultate werden aus einer objektiven Sichtweise dargestellt. Erst in der Diskussion sind Interpretationen vorhanden.

Discussion

46. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Bedeutende Resultate werden nochmals aufgezeigt und mit Literatur verglichen sowie auch interpretiert. Stärke und Schwächen der Studie wurden in der Diskussion erwähnt. Conclusion ist vorhanden. Es wurden Forschungs- und Praxisempfehlung angeführt. Jedoch könnten die ausführlicher beschrieben werden.

47. Does the author compare his main findings with results from literature?

Ja die Resultate werden mit anderer Literatur verglichen.

48. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Die Conclusion bezieht sich auf die Ergebnisse, sie könnte noch länger sein.

49. Does author give implications for nursing practice?

Betroffene zu entsprechenden Selbstmanagement ermutigen.

50. Does author give implications for further nursing research?

Die Gesundheitsressourcen zu verbessern. Neue Methoden für die Förderung von Allgemeinwissen über HI finden.

51. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Autorinnen/Autoren: Allgemein ist die Rücklaufquote recht niedrig. Vor allem die Rücklaufquote bei den 80-jährigen und älteren Frauen/Männer ist niedrig.

Deswegen ist Vorsichtig bei der Interpretation gegeben, weil diese Rücklaufquote die Ergebnisse verzerren kann.

Leserin: Die Rücklaufquote ist niedrig. Jedoch kann gesagt werden, dass Broschüren eine gute Möglichkeit sind, Wissen über HI zu verbreiten. Das Setting hätte besser gewählt werden können, dann wäre vielleicht das Sample größer gewesen. Eine weitere Limitation ist, dass keine Forschungsfrage enthalten ist und das Design nicht per Namen erwähnt wird.

52. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Autorinnen/Autoren: Eine Stärke ist, dass dies die einzige Studie ist, in der eine informative Broschüre über HI die Gesellschaft erreicht.

Leserin: Wichtiger unerforschter Aspekt wurde behandelt. Resultate werden mit den Abbildungen und Tabellen gut dargestellt.

Reference list

53. Is there a consistent reference style?

Ja, die Referenzen sind einheitlich.

Using research results

54. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja. Die Studie zeigte auf, dass nur wenige Personen professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, jedoch schon alternative Informationsquellen wie Broschüren. Es könnten Broschüren über HI im Krankenhaus aufliegen. Ebenso kann das Krankenpflegepersonal alternative Informationsmaterial entwickeln.

55. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Indirekt, die Studie zeigt eine positive Auswirkung auf HI auf. Jedoch gehört in diesem Bereich noch mehr geforscht.

Bewertungsbogen Qualitative study (Bauer 2014)

'Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence'

Hägglund & Wadensten 2007

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting)

Die Population (Frauen mit HI) und wichtige Keywords sind enthalten. Das Setting, Design und die Art der Studie können nicht aus dem Titel herausgelesen werden. Der Titel weist auf das Ergebnis der Studie hin.

2. Does the title reflect the content of the whole text?

Der Titel reflektiert die Studie, da die wichtigsten Keywords enthalten sind und das Ergebnis der Studie im Titel aufgezeigt wird.

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?

Das Forschungsproblem wird zu Beginn aufgezeigt, jedoch keine Forschungslücke. Das Ziel und die Elemente der Methode, wie das Design, die Stichprobengröße und Datenerhebungsmethode sind vorhanden. Die wichtigsten Ergebnisse werden zusammengefasst und die daraus folgende Conclusion ist enthalten. Eine Praxisempfehlung steht am Ende des Abstracts, allerdings fehlt die Forschungsempfehlung. Die Keywords werden als Extrapunkt im Abstract angeführt.

4. Can the abstract be understood without reading the whole text?

Ja, der Abstract ist für die Leserinnen/Leser gut verständlich.

5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Nein.

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

Die Introduction geht vom Allgemeinen zum Spezifischen. Am Anfang werden wichtige Begriffe definiert und das Forschungsproblem sowie auch die Relevanz wird beleuchtet. Das derzeitige Wissen wird in Form eines Literaturreviews

aufgezeigt. Die Forschungslücke und das Ziel sind enthalten, jedoch fehlt die Forschungsfrage.

7. What is the research problem?

Viele Frauen leiden an HI, suchen jedoch keine professionelle Hilfe auf. Es ist wichtig, dass die Verhaltensweisen von Krankenpflegepersonen verstanden werden, damit die Betroffenen ermutigt werden professionelle Hilfe zu suchen.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Es ist ein ausführliches Literaturreview vorhanden, jedoch werden viele Studien, die älter sind als 10 Jahre verwendet.

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Nein, es wird einiges an älterer Literatur verwendet. Viele werden für Definitionen und Theorien verwendet. Einige Studien, die älter sind als 10 Jahre werden für das Literaturreview verwendet.

10. Are there definitions mentioned?

Ja es werden die Begriffe definiert. Care-seeking-behaviour (CSB) wird gut erklärt.

11. What are the central concepts?

Die zentralen Konzepte sind negative Auswirkungen auf die Lebensqualität, Gründe warum keine Hilfe in Anspruch genommen wird und Sichtweisen der Betroffenen.

12. What is the research gap?

Es gibt keine Studie, die sich mit der Bedeutung von Erfahrungen von Verhalten der Frauen mit HI bei Inanspruchnahme von professioneller Hilfe beschäftigt, diese Erfahrungen erläutert und wie das hilfesuchende Verhalten (care-seeking behaviour) der Betroffenen beeinflusst wird.

13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Ziel der Studie ist es, die Bedeutung von Verhalten der Frauen mit HI, wenn es um die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe geht, zu erläutern. Eine Forschungsfrage ist nicht vorhanden.

Methods

14. What parts can be read out of the method section? What is missing?

Der Methodenteil ist in folgenden Unterüberschriften aufgeteilt: Design, Participants, Data collection, Methodological und Ethical considerations und Data analysis. Somit ist die Methode dieser Studie vollständig.

15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Der Vorgang der Studie ist für die Leserinnen/Leser gut nachvollziehbar.

Design

16. What is the research approach?

Es ist ein qualitativer Forschungsansatz.

17. What is the research design?

Es ist eine qualitative Studie und als Design wird die phenomenological hermeneutic method verwendet. Dies wird am Beginn beschrieben.

18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja, weil die Studie sich zum Ziel setzt, die Bedeutung von Erfahrungen zu erläutern. Die Phänomenologie wird genutzt, um Erfahrungen der Partizipantinnen zu ermitteln. Durch die hermeneutic method werden die Erfahrungen interpretiert und erläutert. Laut den Autorinnen/Autoren werden diese Erfahrungen durch die hermeneutische Interpretation publik.

Sample

19. What is the sample?

13 Frauen, die an HI leiden und keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, nahmen an der Studie teil. Die Altersgruppe war zwischen 37-52 Jahren.

20. What are the procedures for choosing the sample?

Zuerst wurden Frauen, die an HI leiden durch eine population-based cohort telephone-interview Studie ausfindig gemacht. Diese 78 Frauen wurden dann in zwei Gruppen geteilt, je nachdem ob sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen oder nicht. Von den 58 Personen, die keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, wurden 15 ausgewählt. Von den 15 Frauen haben sich 13 dazu entschlossen an der Studie teilzunehmen.

21. Where are the participants recruited?

Die Partizipantinnen wurden durch eine früher durchgeführte population-based cohort telephone-interview Studie erhoben. Genaueres in welchem Land diese rekrutiert wurden, ist nicht angegeben.

22. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Nein, verzerrte die Ergebnisse nicht.

23. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, das Sample ist angemessen, da es sich um eine qualitative Studie handelt. Wenn das Sample größer wäre, würden sich mehr Erfahrungen ergeben und mehr Beispiele könnten genannt werden.

Ethical considerations

24. Is there an approval of the ethical commission?

Ja, die Durchführung der Studie wurde von dem Regional Research Ethica Committee in Schweden genehmigt.

25. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Die Partizipantinnen wurden über die Studie und die Teilnahme in Form eines Briefes informiert. Über das Telefon wurden weitere Informationen bezüglich der Studie gegeben. Die Forscherinnen informierten, dass die Teilnahme freiwillig ist und die Studie in einem vertraulichen Rahmen abläuft. Eine mündliche Zustimmung wurde erlangt und bevor das Interview begann, wurde auch eine schriftliche Zustimmung eingeholt.

Setting

26. What was the setting for data collection?

Die Interviews wurden bei dem Zuhause der jeweiligen Partizipantinnen durchgeführt. Dass es sich hierbei um eine Studie in Schweden handelt, kann aus anderen Textpassagen herausgelesen werden.

27. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja das Setting ist gut gewählt, jedoch zu überdenken. Die Partizipantinnen befinden sich in einer gewohnten Umgebung. Jedoch ist die Frage, ob auch die Familienmitglieder der interviewten Teilnehmerin zuhause waren. Daraus kann eine Unsicherheit erfolgen und wichtige Informationen nicht Preis gegeben werden.

Data collection

28. What is the data collection method?

Zur Datenerhebung wurden Interviews durchgeführt, die jeweils zwischen 30-80min dauerten. Alle wurden mit einem Tonband aufgenommen und dann transkribiert.

29. Is the data collection method trustworthy?

Ja. Die Forscherinnen garantierten die Vertraulichkeit der Daten.

30. Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja ist es, weil es sich hierbei um eine Phänomenologie handelt. Es werden die Erfahrungen der Teilnehmerinnen untersucht und dafür eignet sich am besten ein Interview.

31. Does the data collection method bias the results?

Nein, verzerrte die Ergebnisse nicht.

32. How are the data recorded?

Die Daten werden mit einem Tonband aufgenommen und anschließend von der Autorin Doris Häggglund transkribiert.

Data analysis

33. What methods are used to analyze the data?

Für die Analyse der Daten wurde die phenomenological method verwendet.

34. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Die Autorinnen haben ihre Annahmen und Vorurteile nicht im Datensammlungsprozess angeführt. Sie erklären ihre gemeinsame Vorgehensweise bei der Datensammlung und -analyse.

35. Is data saturation reached?

Nicht angegeben.

36. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, die Methode für die Datenanalyse ist angemessen. Beide Autorinnen arbeiten zuerst unabhängig voneinander und versuchen die Ergebnisse zu verstehen, ordnen und interpretieren. Danach vergleichen sie ihre Arbeiten und fügen sie zusammen.

Results

37. What are the main findings?

Die Furcht vor der Demütigung beeinflusst das hilfeschuchende Verhalten der Frauen negativ. Die Frauen wollen ihr Leben an die HI anpassen, obwohl die HI viele Auswirkungen auf die Lebensqualität hat, wie zum Beispiel auf die sexuelle Beziehung. Sie schämen sich und wollen das Thema nicht von selbst ansprechen. Erst wenn das Thema von einer GHprofession angesprochen wird, öffnet sich auch die Betroffene. Die Frauen denken wenig über ihre eigene Gesundheit nach, da sie Verpflichtungen haben und diese viel Zeit in Anspruch

nehmen. Viele sind der Meinung, dass der Verlust von Harn störend ist, jedoch das Problem zu klein ist um letztendlich Hilfe aufzusuchen. Sie finden Erklärungen für den Harnverlust und beschreiben die HI als „Natürlichkeit“ aufgrund von Geburten oder der Genetik.

38. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja die Ergebnisse wurden übersichtlich in Unterüberschriften unterteilt und Beispiele von Aussagen der Teilnehmerinnen wurden angeführt.

39. Are the tables and figures easy to understand?

Es ist eine Tabelle vorhanden und diese ist gut verständlich.

40. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja, es wurde das Ziel erreicht. Die Sichtweisen, Erfahrungen und das Verhalten der Frauen bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wurden erläutert.

Discussion

41. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Die Diskussion geht vom Spezifischen zum Allgemeinen und schließt an die Einleitung an. Es werden die Hauptergebnisse diskutiert und mit der care-seeking-behaviour (CSB) Perspektive, die auf die Verhaltenstheorie von Triandis beruht, verglichen. Auch mit anderer Literatur werden die Ergebnisse diskutiert. Limitationen und Stärken der Studie sind nicht enthalten.

42. Does the author compare his main findings with results from literature?

Ja, die Autorinnen haben die Ergebnisse mit anderer Literatur verglichen.

43. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Ja die Conclusion ist gut, da nochmals das Hauptergebnis aufgezeigt wird. Weiters wird eine Praxis und Forschungsempfehlung genannt.

44. Does author give implications for nursing practice?

Ja, das Krankenpflegepersonal soll präzise Fragen bezüglich HI stellen, denn nur dann öffnen sich die Betroffenen und reden darüber.

45. Does author give implications for further nursing research?

Ja, weitere Forschung ist notwendig um die kulturellen Aspekte und deren Auswirkung auf das hilfesuchende Verhalten zu beleuchten.

46. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Die Autorinnen geben keine Limitationen an.

Es ist keine Forschungsfrage enthalten. Der Titel ist nicht passend, weil wichtige Bestandteile wie Setting, Art der Studie und Design fehlen. Ebenso fehlen die Stärken und Schwächen. Die verwendete Literatur für die Studie könnte aktueller sein.

47. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Die Autorinnen geben keine Stärken an.

Das Design wurde für diese Studie gut ausgewählt. Die Ergebnisse werden übersichtlich präsentiert. Die Empfehlung für Praxis und Forschung ist ebenso gut.

Reference list

48. Is there a consistent reference style?

Ja, die Referenzen sind einheitlich. Alle Studien werden in folgender Reihenfolge zitiert: Autorinnen/Autoren, Titel, Journal, Jahreszahl, Ausgabe und Seitenanzahl.

Using research results

49. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja. Es werden einige Gründe genannt, warum Frauen mit HI keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Die Studie hat herausgefunden, dass Betroffene nur über ihre Probleme reden, wenn diese direkt von einer Profession angesprochen werden. Das Krankenpflegepersonal hat somit die Aufgabe, die Patientinnen/Patienten direkt auf den unwillkürlichen Harnverlust anzusprechen und HI nicht als Tabuthema zu sehen. GHprofessionen können somit auf das hilfeschende Verhalten von Patientinnen/Patienten einen positiven Einfluss haben.

50. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Der Nutzen ist direkt, weil erwähnt wird, dass das Krankenpflegepersonal das Thema bei den Patientinnen/Patienten aufgreifen sollen.

Bewertungsbogen Qualitative study (Bauer 2014)

'Talking With Others About Stigmatized Health Conditions: Implications for

Managing Symptoms'

Jackson et al. 2012

Title

- 1. Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting)**

Setting, Sample, Art und Design der Studie sind nicht im Titel angegeben. Im Titel fehlen relevante Informationen. Keywords sind vorhanden, jedoch könnten die Wörter urinary symptoms bzw. urinary incontinence im Titel vorhanden sein.

- 2. Does the title reflect the content of the whole text?**

Ja. Es handelt um die Kommunikation über stigmatisierte Gesundheitszustände. Es könnte noch das Keyword urinary incontinence oder urinary symptoms vorhanden sein, damit die Leserin/der Leser informiert wird, um welchen Gesundheitszustand es sich handelt.

Abstract

- 3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?**

Background und Resultate werden erwähnt. Methoden sind kaum vorhanden, die Leserin/der Leser bekommt nur die Information, dass es sich um eine Fallstudie handelt. Conclusion ist keine vorhanden.

- 4. Can the abstract be understood without reading the whole text?**

Ja, der Abstract ist verständlich geschrieben. Der Abstract könnte aber mehr Inhalte des Textes beinhalten.

- 5. Are there inconsistencies between abstract and the text?**

Nein. Der Abstract sagt dasselbe aus wie der Text.

Introduction

- 6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?**

Forschungsfragen und Forschungsziel sind vorhanden. Die Autorinnen/Autoren beschreiben was bereits erforscht wurde und die Forschungslücke. Ebenso gibt es ein Literaturreview. In der Introduction sind Definitionen vorhanden.

7. What is the research problem?

Die urinausscheidende Symptomatik ist ein Stigma für die Betroffenen. Für Betroffene ist es herausfordernd mit der Ärztin/dem Arzt über die Situation zu sprechen. So bekommen viele keine Behandlung.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Ja. Es ist ein Literaturreview vorhanden.

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Nein. Es wird Literatur, die älter ist als 10 Jahre verwendet.

10. Are there definitions mentioned?

Ja. Eine Definition für soziale Bindungen wird angeführt. Des Weiteren definieren die Autorinnen/Autoren HI und deren Unterarten als „urinausscheidende Symptome“.

11. What are the central concepts?

Zu den zentralen Konzepten zählen soziale Beziehungen, soziale Unterstützung und Gespräche mit dem sozialen Umfeld über die eigene Gesundheit - im spezielleren über urinausscheidende Symptome. Des Weiteren werden urinausscheidende Symptome als Stigma beschrieben.

12. What is the research gap?

Ein besseres Verständnis für das Zusammenwirken von sozialen Verbindungen und Gesundheit in vielfältiger Population muss erlangt werden. Andere Studien haben bereits die Wichtigkeit von sozialer Unterstützung für die Hilfesuche von nicht stigmatisierte Gesundheitsproblemen untersucht. Es wurde noch nicht erforscht, welchen Einfluss die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld über stigmatisierte Gesundheitsproblematiken, genauer gesagt über urinausscheidende Symptomatik wie HI, auf das Symptom -Management nimmt.

13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Ziel ist es, in einer vielfältigen Population herauszufinden, wie die Kommunikation mit Mitmenschen auf das Selbstmanagement der Betroffenen mit urinausscheidende Symptomen wie HI wirkt. Ferner um zu verstehen, wie soziale Kontakte (Familie, Freunde und Bekannte) den Betroffenen bei der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden unterstützen können.

Forschungsfragen: Welche Gruppe der Population spricht mit anderen Personen über das Auftreten von urinausscheidende Symptomatik wie HI, und mit wem sprechen die Betroffenen darüber? Inwiefern erleichtert oder hindert die

Kommunikation mit anderen Personen das Selbstmanagement und Hilfesuchverhalten von Frauen und Männer mit urinausscheidende Symptomatik.

Methods

14. What parts can be read out of the method section? What is missing?

Art der Studie, Datenerhebungsmethode, Population, Rekrutierung der Partizipantinnen/Partizipanten, Datenerhebung, Analysemethode und ethischer Aspekt werden in der Methode gut beschrieben.

15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Ja. Es werden zwar keine Unterüberschriften verwendet, jedoch weiß die Leserin/der Leser sofort um welchen Teil der Methode es sich handelt. Die Teile der Methode sind klar durch Absätze getrennt.

Design

16. What is the research approach?

Ein qualitativer Forschungsansatz wird von den Autorinnen/dem Autor angegeben. Es ist herauszulesen, dass die Forscherinnen/Forscher eine deskriptive qualitative Forschung durchführten. Wird aber nicht direkt genannt.

17. What is the research design?

Eine Fallstudie wurde durchgeführt.

18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja. Qualitative Daten können der Leserin/dem Leser über die Wirkung von sozialer Unterstützung auf die Gesundheit und Wohlbefinden des Betroffenen, aufklären.

Sample

19. What is the sample?

Insgesamt wurden 144 Partizipantinnen/Partizipanten in die Studie eingeschlossen.

20. What are the procedures for choosing the sample?

Es wurde ein Subsample von einer anderen Studie (randomisiert epidemiologisch) verwendet. Es handelt sich dabei um eine Boston Area Community Health Survey von McKinlay und Link aus dem Jahr 2007. Partizipantinnen/Partizipanten mit urinausscheidende Symptomen wie HI wurden eingeschlossen. Die Partizipantinnen/Partizipanten wurden zufällig ausgewählt. Je nach ethnischer Zugehörigkeit (lateinamerikanisch, hell- oder

dunkelhäutig) und Geschlecht wurden sie zur passenden Subgruppe zugeordnet.

Von den 144 Partizipantinnen/Partizipanten wurden 6 Personen ausgeschlossen, da aus den Interviews nicht genügend Daten erfasst wurden.

21. Where are the participants recruited?

Die Partizipantinnen/Partizipanten wurden aus der Studie Boston Area Community Health Survey von McKinlay und Link aus dem Jahr 2007 zufällig ausgewählt.

22. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Nein, da dadurch eine große Menge an Partizipantinnen/Partizipanten erreicht wurde.

23. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja. Die Samplegröße war für eine qualitative Studie recht groß und das Ziel kann damit erreicht werden.

Ethical considerations

24. Is there an approval of the ethical commission?

Ja, das Institutional Review Board of New England Research Institutes genehmigt diese qualitative Studie.

25. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Ja. Die Partizipantinnen/Partizipanten wurden über das Ziel und den möglichen Risiken beziehungsweise Nutzen der Studie durch die Interviewerinnen/Interviewer aufgeklärt. Allen wurde versichert, dass mit den erhaltenen Daten vertraulich umgegangen wird. Eine schriftliche Einverständniserklärung wurde erlangt.

Setting

26. What was the setting for data collection?

In dem Zuhause der jeweiligen Partizipantinnen/Partizipanten wurden die Interviews durchgeführt.

27. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja. Denn so findet für die Partizipantinnen/Partizipanten ein geringerer Aufwand für die Studie, statt.

Data collection

28. What is the data collection method?

Tiefeninterviews, die jeweils 60 Minuten dauerten.

29. Is the data collection method trustworthy?

Ja. Den Partizipantinnen/Partizipanten wurde versichert, dass alle Daten vertraulich sind.

30. Is the data collection method appropriate for the research design?

Es wurden Tiefeninterviews durchgeführt. Dies ist eine gute Methode, um viele qualitative Daten zu erlangen.

31. Does the data collection method bias the results?

Nein. Die Interviews wurden in der bekannten Umgebung der Partizipantinnen/Partizipanten durchgeführt. Noch dazu hatten sie die Möglichkeit das Interview in deren bevorzugten Sprache (Spanisch oder Englisch) zu vollziehen. Um Kontinuität zu erlangen, hatten alle Interviewerinnen/Interviewer dasselbe Training für die Durchführung der Interviews.

32. How are the data recorded?

Das Interview wird digital aufgezeichnet und wurden wörtlich transkribiert. Interviews, die auf Spanisch durchgeführt wurden, sind ins Englische übersetzt worden.

Data analysis

33. What methods are used to analyze the data?

Es wurde ein induktiver Ansatz für die Analyse verwendet. Daten wurden codiert. Zuerst wurden die transkribierten Texte durchgelesen und eine grobe Kodierung wurde durchgeführt. Die transkribierten Texte wurden ein zweites Mal gelesen, damit die Kodierung eine Struktur erhält. Mit dem qualitative Datenanalyse Programm ATLAS.ti 5.6 wurden die transkribierten Texte codiert. Die Forscherin Jackson führte eine thematische Analyse der Ergebnisse durch, um herauszufinden mit wem die Betroffenen über deren urinausscheidende Symptomatik wie HI sprechen und was welchen Nutzen sie daraus ziehen.

Die Forscherin Jackson vergleicht in der Analyse ethnische Gruppen miteinander. Weiters fokussiert sich die Analyse auf Gespräche mit dem sozialen Umfeld und nicht mit der Gesundheitsanbieterin/Gesundheitsanbieter.

34. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Ja, es wurde erklärt, welche Aufgabe die erste Autorin übernahm. Siehe Frage 33.

35. Is data saturation reached?

Nicht angeführt.

36. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja wurde gut gewählt. Die Frage konnte beantwortet werden, weil durch die deskriptive Analyse auch weitere Ergebnisse zum Vorschein kamen.

Results

37. What are the main findings?

Durch die Gespräche wurde das Gefühl erlangt, dass die Betroffenen nicht alleine mit der Problematik sind. Ferner erzählten die Betroffene, dass sie hilfreiche Informationen für das Selbstmanagement wie zum Beispiel die Nutzung von Inkontinenzeinlagen, erhielten. Die Partizipantinnen/Partizipanten bekamen die Empfehlung, dass sie eine GHprofession für die Probleme aufsuchen sollten und erhielten Informationen über Behandlungsmöglichkeiten. Auch negative Auswirkungen können die Gespräche haben, wie zum Beispiel das negative Sichtweisen verstärkt werden.

38. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja, die Resultate werden in Unterüberschriften gegliedert. Aus den qualitativen Ergebnissen ergaben sich quantitative Daten. Diese werden am Anfang der Studie angeführt. Es wurde diesbezüglich keine extra Datenerhebung durchgeführt, sondern diese ergaben sich aus dem Interview. Die quantitativen Daten wurden am Anfang angeführt.

39. Are the tables and figures easy to understand?

Ja die Tabelle ist gut verständlich und zeigt wichtige Resultate zwischen den einzelnen Subgruppen auf.

40. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja, die Resultate sind gut organisiert. Die Forschungsfragen konnten beantwortet und das Ziel konnte erreicht werden.

Discussion

41. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Im ersten Absatz erfolgt die Beantwortung der Forschungsfragen. Die Autorinnen/Autoren vergleichen die Ergebnisse Großteils mit anderer Literatur. Limitationen und Empfehlungen für weitere Forschung werden angeführt. Die Conclusion ist separat vorhanden.

42. Does the author compare his main findings with results from literature?

Die Resultate werden Größtenteils mit anderer Literatur verglichen.

43. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Ja, das Hauptergebnis der Studie wird nochmals klar dargestellt. Es werden Praxisempfehlungen angeführt.

44. Does author give implications for nursing practice?

Ja. In der Conclusion steht, dass die Ergebnisse in der klinischen Praxis Anwendung finden können. Die Ärztinnen/Ärzte würden mehr Wissen über Strategien für das Symptommanagement von Patientinnen/Patienten erfahren. Die Beratung der Patientinnen/Patienten könnte von Seiten der GHprofessionen gesteigert werden, indem sie über die Nutzung von alternativen Informationsressourcen fragen. Weitere Fragen an die Betroffenen könnte z.B sein wie Informationsquellen die Gedanken über HI beeinflussen und was sie selbst gegen ihre HI-Symptomatik machen.

45. Does author give implications for further nursing research?

Ja. Folgendes sollte herausgefunden werden: Unter welchen Kriterien entscheiden Betroffene mit welchen Personen sie über ihre urinausscheidende Symptomatik sprechen möchten?

Ferner soll herausgefunden werden, inwiefern soziale Bindungen zu verbesserten Ergebnissen für das Symptommanagement führen können.

46. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Autorinnen/Autoren: Die Studie beinhaltet Daten nur eines geographischen Standorts und nur von gewissen ethnischen Gruppen. So werden andere Forscherinnen/Forscher womöglich andere Ergebnisse herausfinden, wenn sie einen anderen Standort wählen und andere ethnische Gruppen als Sample nutzen. Ferner ist es möglich, dass die Übersetzung eine andere Bedeutung aufweist. Die Studie zeigt nicht, wie die Betroffenen die Entscheidung trafen, mit wem sie ihr gesundheitliches Problem besprechen. Weiters konnte nicht herausgefunden werden, unter welchen Bedingungen soziale Bindungen zu verbesserten Ergebnissen für das Symptommanagement führen können.

Leserin: Es könnte im Text wörtlich erwähnt werden, dass es sich hierbei um eine Unterart der qualitativen Studie oder genauer gesagt um eine deskriptive

qualitative Analyse handelt. Der Titel und der Abstract könnten besser formuliert werden.

47. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Autorinnen/Autoren: großes Sample für eine qualitative Studie.

Leserin: Forschungsfragen sind gut dargestellt. Die Ergebnisse sind repräsentativ und verständlich. Eine große Anzahl von verschiedenen Subgruppen (ethnischen Gruppen und dem Geschlecht) wurde verwendet und kann als weitere Stärke der Studie gesehen werden.

Reference list

48. Is there a consistent reference style?

Ja, die Referenzen sind einheitlich.

Using research results

49. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja. Das Krankenpflegepersonal erhält mehr Wissen, inwiefern das soziale Umfeld die Betroffenen unterstützt.

50. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Indirekt, es muss noch viel mehr diesbezüglich erforscht werden und die Studie erhält keine konkreten Anweisungen.

Bewertungsbogen Cross-sectional study (Schüssler 2014a)

'Gender-specific external barriers to seeking care for urinary incontinence'

Svihra et al. 2012

Title

1. The title is as short as possible.

Der Titel ist kurz und wichtige Keywords sind enthalten. Er könnte jedoch länger sein, um Design, Art der Studie und Setting zu erwähnen. Des Weiteren werden im Titel nur die externen Barrieren genannt. Teilweise werden auch interne Barrieren und Faktoren, die das Hilfesuchverhalten der HI-Betroffenen beeinflussen, im Text der Studie angeführt. Diese könnten noch im Titel erwähnt werden.

2. The title is representative of the content of the study (not misleading).

In der Studie geht es um genderspezifische externe Barrieren, die bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe auftreten. Jedoch werden die externen Barrieren nicht zwischen den Geschlechtern unterschieden. Es wird aufgezeigt, welches Geschlecht mit welchen Eigenschaften, am wenigsten professionelle Hilfe in Anspruch nimmt.

3. The title includes all relevant information (e.g. design, population, setting, the important keywords (concepts or variables)).

Design, Art der Studie und Setting sind im Titel nicht vorhanden. Die Population kann herausgelesen werden. Die Studie behandelt genderspezifische externe Barrieren, somit lässt sich daraus schließen, dass Frauen und Männer beleuchtet werden. Wichtige Keywords sind im Titel enthalten.

4. The key information/ keywords are near to the front of the title.

Ja wichtige Keywords befinden sich am Anfang des Titels.

Abstract

5. The abstract is complete ([background], aim, methods, results, conclusion [and recommendations for research and/or practice]).

Background, Ziel, Methoden, Resultate und Conclusion sind im Abstract vorhanden. Wichtige quantitative Ergebnisse sind in den Resultaten angegeben. Die Keywords werden am Ende des Abstracts angeführt. Eine Empfehlung für Forschung und Praxis ist nicht vorhanden.

6. There are no discrepancies between the abstract and the text.

Es gibt keine Unterschiede zwischen Text und Abstract.

7. The abstract gives the same impression as the text.

Ja, der Abstract gibt den gleichen Eindruck wie der Text.

8. The abstract can be understood without reading the article.

Ja. Der Abstract ist strukturiert, übersichtlich gestaltet und gut verständlich.

Introduction

9. Is the introduction good structured (general – specific)?

Ja, die Introduction geht vom Allgemeinen zum Spezifischen und endet mit dem Ziel. Ein Literaturreview ist vorhanden und wichtige Keywords werden in der Einleitung definiert. Forschungsrelevanz und die Forschungslücke ist angeführt. Des Weiteren wird das Ziel angeführt. Forschungsfrage ist keine vorhanden.

10. Do the authors provide a rationale for performing the study based on a review of the literature?

Ja, der Autor argumentiert den Grund für die Durchführung der Studie mit Literatur.

11. Do the authors define important keywords?

Urinary incontinence und barriers werden definiert. Weiters werden die zwei Fragebögen für die Datenerhebung beschrieben.

12. Is the used literature up-to-date (last 5-10 Years)?

Für die Introduction wurde aktuelle Literatur verwendet.

13. Is the aim(s) and research question(s) clearly defined?

Es ist ein Ziel vorhanden, jedoch keine Forschungsfrage. Ziel ist es Barrieren und genderspezifische Unterschiede in der Gesundheitsfürsorge bei Erwachsenen mit HI zu untersuchen.

Methods

14. Is the method part good structured? 5

Sie übersichtlich gestaltet, Unterüberschriften sind ebenso vorhanden. Das Design wird erwähnt, sowie auch das Sample. Einschluss- und Ausschlusskriterien werden genannt. Der ethische Aspekt wird behandelt. Die Methode der Datenerhebung und Analyse werden am Ende dieses Teils angeführt.

Design

15. Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim?

Es wird ein Cross-sectional Design verwendet. Dies ist für das Ziel angemessen, weil es sich hierbei um eine einmalige Befragung handelt.

Sample

16. Is the sample representative of a defined population?

Ja, das Sample ist repräsentativ.

17. Is the sample clearly defined?

Alle Frauen und Männer in jedem Alter wurden aus der Liste der Patientinnen/Patienten zufällig ausgewählt. Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt.

18. Is the sampling method probability or nonprobability? Identify the specific sampling method!

Die Sampling Methode ist eine Zufallsauswahl. In Zentraleuropa wurde mittels Zufallsprinzip Patientinnen/Patienten von ambulanten Kliniken ausgewählt. Einschlusskriterien waren: Erfahrung von HI in den letzten Monaten. Ausschlusskriterien waren: aktuelle Behandlung gegen HI und schlechter kognitiver Status.

19. Did the study have enough participants?

Ja. In der Studie wird geschrieben: Ein Sample von mindestens 121 Personen für das jeweilige Geschlecht ist notwendig, damit die beiden Geschlechter verglichen werden können. Es nehmen 420 Frauen und 147 Männer an der Studie teil. Somit war die Anzahl der Teilnehmerinnen/Teilnehmer ausreichend.

20. What is the response rate?

576 von 1041 zufällig ausgewählten Patientinnen/Patienten. Die Rücklaufquote liegt bei 55,9%.

Setting

21. What was the study setting?

Zufällig ausgewählte Primary Care Clinics in einem zentralen europäischen Land.

Measurements

22. Which data were collected? Which instrument(s) were used?

Es wurden Daten bezüglich Barrieren, die bei der Hilfesuche für HI auftreten, gesammelt. Zwei validierte Fragebögen in Form der Likert Skala wurden für

diese Datenerhebung angewandt. 14- Item "Barriers to Incontinence Care Seeking Questionnaire" (BICS-Q) und 3-Item "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence Short Form" (ICIQ-UI SF) wurden verwendet. Das Instrument BICS-Q misst die Barrieren, wie zum Beispiel: Kosten, Beziehungen, Furcht, etc. Das Instrument ICIQ-UI SF misst die Häufigkeit und die Stärke der HI und die Lebensqualität. Weiters wurden demographische Daten erhoben.

23. Do they use standardized instruments to collect data?

Ja, validierte Instrumente wurden für die Datenerhebung verwendet. Die Instrumente BICS-Q und ICIQ-UI SF sind für die Untersuchung von professioneller Hilfesuche bei HI gültig.

24. Are the instruments described or referenced?

Ja, die Instrumente werden beschrieben und Abbildungen der Fragebögen sind vorhanden.

25. Are the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced?

Ja. Die Validität der Instrumente wird angegeben. Die Reliabilität wurde mit Cronbach's coefficient alpha gemessen. Der Cronbach's alpha coefficient ist für beide Instrumente hoch. Er beträgt bei den Instrumenten BICS-Q 0,91 und ICIQ-UI SF 0,81.

Process of data collection

26. Is the procedure of data collection clearly described (e.g. time of data collection, place, who performed the data collection, training of data collectors)?

Die Datensammlung wurde nicht genau beschrieben. Der Zeitraum für das Sampling fand von März bis Juni 2009 statt. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen/Teilnehmer erfolgte bei der Hausärztin/beim Hausarzt. Eine Forscherin/ein Forscher hat die Daten der Teilnehmerinnen/Teilnehmer gesammelt, nachdem jede Hausärztin/jeder Hausarzt diese je nach Ein- und Ausschlusskriterien inkludiert hatte. Es wurden 3 Fragebögen ausgeteilt: BICS-Q, ICIQ-UI SF und ein demographischer Fragebogen.

Analysis

27. What statistical methods are used to analyze the data?

Deskriptive Statistik wurde verwendet, um die Daten der Patientinnen/Patienten zusammenzufassen. Des Weiteren wurden Mann-Whitney U Test für die statistische Analyse und Chi-squared Test für statistische Assoziationen verwendet. Multivariate logistic regression models wurden für das Quotenverhältnis und 95% Konfidenzintervall verwendet. Für das Signifikanz Level wurde SPSS verwendet.

28. Is the significance level described?

Signifikanz Level: $P < 0,05$

Results

29. Is the result section good structured?

Der Ergebnisteil ist in vier Abschnitte gegliedert, die thematisch gut zu unterscheiden sind und aufeinander aufbauen. Am Anfang wird die Rücklaufquote der Studie angegeben. Drei Tabellen sind in den Ergebnissen vorhanden. Zwei weitere werden im Methodenteil angeführt. Zwei Tabellen von den BICS-Q und ICIQ-UI SF Fragebögen sind im Methodenteil abgebildet. Jedoch sind schon Ergebnisse bei der BICS-Q im Methodenteil vorhanden. Besser wäre es, wenn diese erst in den Results genannt werden.

30. How the results presented and what is/are the main result(s)?

Im ersten Abschnitt sind Statistiken zu den Fragebögen angegeben. Der nächste Abschnitt enthält eine Beschreibung der Barrieren, die die Patientinnen/Patienten davon abhalten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. In den folgenden beiden Abschnitten wird auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede eingegangen und die Ergebnisse sind jeweils in Tabellenform dargestellt.

Wichtigste Ergebnisse: Die häufigsten Barrieren sind Angst vor Ärztinnen/Ärzten, lange Wartezeiten bei Terminen und lange Wegstrecke zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei Patientinnen/Patienten mit schwerer HI ist die Wahrscheinlich geringer, dass sie sich in Behandlung begeben. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Risikofaktoren für eine Nichtinanspruchnahme von professioneller Hilfe: bei übergewichtigen Frauen, Männern mit Stressinkontinenz und Frauen mit Dranginkontinenz besteht eine statistisch signifikante geringere Wahrscheinlichkeit, dass sie sich in

Behandlung begeben. Eine frühere Hysterektomie oder Prostatektomie stellen nur geringe Risikofaktoren dar.

31. Do the results answer the research question(s) (aims)?

Nicht ganz. Es wird auf geschlechtsspezifischen Unterschiede eingegangen. Jedoch wird aufgezeigt, welches Geschlecht mit welchen Eigenschaften, am wenigsten professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Externe Barrieren werden aufgezeigt, jedoch werden diesbezüglich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gemacht.

32. Are there confidence intervals for statistical estimates included?

Ja, sowohl im Text als auch in einer Tabelle werden 95%-Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios angegeben.

33. Are the figures and tables appropriate and are they appropriately labeled?

Generell sind bei allen Tabellen Überschriften und Legenden (Notes und/oder Abbreviation) vorhanden. Tabelle 1 enthält wichtige Ergebnisse (Prozentsatz der Patienten mit bestimmten Barrieren), jedoch ist sie bereits im Methodenteil vorhanden, besser wäre es wenn die Ergebnisse des BICS-Q Fragebogens erst in den Results aufgezeigt werden. Tabelle 2 stellt den ICIQ-UI SF Fragebogen dar. Diese Tabelle zeigt noch keine Ergebnisse auf und deshalb ist die Anführung der Tabelle im Methodenteil angemessen. Tabelle 3,4 und 5 befinden sich im Ergebnisteil. Sie zeigen wichtige Ergebnisse auf.

34. Do the figures and tables adequately show the important results?

Ja die Ergebnisse werden dargestellt, außer in Tabelle 2. Tabelle 1 zeigt die Barrieren, die für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe, auftreten. In Tabelle 3 konnten die Patientenmerkmale hervorgehoben werden. Tabelle 4 zeigt den BICS-Q Score und ICIQ-UI SF Score bei Patientinnen/Patienten auf. Tabelle 5 enthält eine weitere Zusammenfassung der Ergebnisse und zeigt geschlechtsspezifische beeinflussende Faktoren für die Inanspruchnahme von Hilfe auf. Die Tabellen ergänzen sich mit dem Text und es wird auf diese verwiesen.

35. Are the figures and tables easy to understand?

Ja, die Tabellen sind übersichtlich und gut verständlich. Abbildungen sind keine vorhanden, eine solche Darstellung wäre auch bei der Vielzahl der untersuchten Parameter und Ergebnisse schwierig.

Discussion

36. Is discussion good structured (specific to broad)?

Sie geht vom Spezifischen zum Allgemeinen. Am Beginn wird dargestellt, was durch die Studie erreicht wurde. Wichtige Resultate werden aufgezeigt und mit anderen Studien diskutiert und auf andere Studien verwiesen. Empfehlungen für Praxis und Forschung sind vorhanden.

37. Are the findings discussed in relation to the original research questions?

Nicht ganz. Auf geschlechtsspezifische Unterschiede wird im Diskussionsteil so gut wie gar nicht eingegangen. Es werden keine Gründe oder mögliche Erklärungen für die Unterschiede angegeben. Die Barrieren werden mit anderen Studien verglichen.

38. Does the author compare the main findings with results from other studies? Are the results consist with previous research or not (If not, are the inconsistencies explained)?

Laut den Autorinnen/Autoren handelt es sich um die erste europäische Studie zu geschlechtsspezifischen Unterschieden zwischen inkontinenten Frauen und Männer hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer Nichtinanspruchnahme von professioneller Hilfe.

Es werden die Ergebnisse einer epidemiologischen Studie aufgezählt, in der allerdings ausschließlich Frauen aus einem anderen Kulturkreis (Naher Osten) befragt wurden. Im folgenden Absatz des Diskussionsteils werden kurz einige Ergebnisse der vorliegenden Studie wiederholt. Auf andere Studien wird verwiesen.

39. Does the interpretation of results make sense (theoretically, clinical perspective)?

Nicht ganz. Laut den Autorinnen/Autoren würde die Studie die Möglichkeit eröffnen, die Denkweise von Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten bezüglich der Barrieren bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei HI zu beeinflussen. Es wird vorgeschlagen, dass Betroffene zur Überwindung ihrer inneren Barrieren motiviert werden müssen und die äußeren Barrieren dem Arzt mitteilen sollen. Bemerkenswert ist, dass die Unterscheidung zwischen inneren und äußeren Barrieren zwar in der Einleitung auftaucht und auch im zweiten Absatz des Diskussionsteils beschrieben wird, sich jedoch nicht im Studienziel sowie den angewendeten Methoden und Ergebnissen widerspiegelt.

Daher handelt es sich bei dieser Interpretation nur um eine allgemeine Aussage ohne Bezug zu den Studienergebnissen.

Die zweite Aussage am Ende des Diskussionsteils ist, dass der Fragebogen ICIQ-UI SF ein geeignetes Beurteilungsinstrument darstellt und Ärzten vor allem in frühen Stadien der Behandlung nützlich ist.

40. Does the author note limitations of the study?

Ja. Es wird angegeben, dass Patientinnen/Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung eine medizinische Versorgung in Anspruch nahmen, nicht in die Studie aufgenommen wurden.

Conclusion

41. Are the author's conclusions justified by the results found in the study?

Die Schlussfolgerung beginnt mit der allgemeinen Aussage, dass externe Barrieren geschlechtsspezifisch sind. Danach wird angegeben, bei welchen Frauen und Männern der größte Leidensdruck besteht. Dies spiegelt nicht die Studienergebnisse wider, da es dort um die Nichtinanspruchnahme von professioneller Hilfe ging. Ob die Patientinnen/Patienten darunter leiden, wurde nicht untersucht. Diese Schlussfolgerung ist daher nicht treffend formuliert.

Die zweite Aussage, dass mit steigender Lebenserwartung die alternde Bevölkerung wächst und die Studienergebnisse daher zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung von inkontinenten Patienten führen würden, wird in keiner Weise durch die Ergebnisse der Studie gerechtfertigt. Am Ende des vorletzten Absatzes im Diskussionsteil steht sogar ausdrücklich, dass altersbezogene Veränderungen des Schweregrads der HI nicht untersucht wurden. Weiters wird erwähnt, dass Patientinnen/Patienten, die einen höheren BICS-Q Score aufweisen motiviert werden sollten, HI zu bewältigen.

42. Does the author give recommendations for further research?

In der Diskussion steht, dass mittels des Fragebogens BICS-Q verschiedene Aspekte von Barrieren in Hinblick auf unterschiedliche Gesundheitssysteme in verschiedenen Ländern beleuchtet werden könnten.

43. Does the author give recommendations for nursing practice?

Geschlechtsspezifische Barrieren müssen bei Gesundheitsentscheidungen bezüglich Personen mit HI berücksichtigt werden. Patientinnen/Patienten mit einem höheren Risiko für Barrieren sollen dazu motiviert werden, sich in Behandlung zu begeben.

References

45. Does the reference list contain errors?

Die Literaturliste enthält keine Fehler.

46. Are there more references than are necessary?

Es gibt 24 Referenzen, dies ist eine angemessene Anzahl für eine Studie dieser Art.

Bewertungsbogen Cohort study (Schüssler 2014b)

'Lessons Learned: Impact of a Continence Promotion Activity for Older Community-Dwelling Women'

Tannenbaum et al. 2010

Title

1. The title is representative of the content of the study.

Ja der Titel ist repräsentativ für die Studie.

2. The title includes all relevant information (e.g. design, population, setting, the important keywords (concepts or variables)).

Population (older community-dwelling women) und wichtige Keywords sind vorhanden. Das Konzept ist vorhanden: „Impact of a Continence Promotion Activity“. Art der Studie und Design enthält der Titel nicht.

Abstract

3. There are no discrepancies between the abstract and the text.

Es gibt in dieser Studie keine Unstimmigkeiten zwischen Abstract und Text.

4. The abstract gives the same impression as the text.

Ja. Der Leserin/dem Leser wird im Abstract das versprochen, was im Text behandelt wird.

5. The abstract can be understood without reading the article.

Ja, der Abstract ist gut strukturiert. Forschungsempfehlung ist vorhanden, jedoch fehlt die Empfehlung für die Praxis.

Introduction

6. Is the introduction good structured (general – specific)?

Die Introduction geht vom Allgemeinen zum Spezifischen. Sie beginnt mit einem statistischen Wert, der aussagt wie viele ältere Frauen mit HI keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Mit dem Ziel endet die Einleitung. Ein Literaturreview und die Forschungslücke sind vorhanden. Forschungsfragen sind nicht vorhanden.

7. Do the authors provide a rationale for performing the study based on a review of the literature?

Ja, die Autorinnen/Autoren erklären zuerst welches Wissen bereits vorhanden ist und zeigen dann die Forschungslücke auf. Nur wenige Studien haben den

Effekt von Kontinenz Förderungsprogrammen bei selbständigen älteren Frauen mit HI untersucht.

8. Do the authors define important KEYWORDS?

Ja, jedoch erst im Methodenteil wird kurz „urinary incontinence“ definiert.

9. Is the used literature up-to-date (last 5-10 Years)?

Drei Studien, die in der Einleitung verwendet werden, sind älter als zehn Jahre.

10. Is the aim(s) and research question(s) clearly defined?

Ja. Die Auswirkung von Workshops auf die Einstellung, das Wissen, Selbstmanagement und Gesundheitsverhalten von älteren Frauen mit HI, zu untersuchen. Ein weiteres Ziel ist es die Faktoren, die dazu führten, dass nach dem Workshop Hilfe in Anspruch genommen wurde oder nicht, zu ermitteln.

Methods

11. Is the method part good structured?

Ja, der Methodenteil wird in vier Unterüberschriften gegliedert. Design, Sampling, Setting, Messmethoden, Datenerhebung und Analysen sind vorhanden. Am Ende wird der ethische Aspekt angeführt.

Design

12. Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim?

Ja. Es ist ein quantitativer Forschungsansatz und ein quasi-experimentelles Design für diese Studie verwendet worden.

13. Is the study retrospective or prospective?

Es ist eine prospektive Kohortenstudie.

Sample

14. Is the sample representative of a defined population?

Ja, das Sample ist repräsentativ. Die Partizipantinnen kamen aus Montreal und Umgebung.

15. Is the sample clearly defined?

Es handelt um 90 Frauen, die zwischen 55 und 87 Jahre alt waren.

16. Identify the specific sampling method!

Es handelt sich um eine nicht randomisierte Auswahl. Die Population wurde über Zeitungen, Werbung und Zeitungen von Gemeinschaftszentren über die Studie und deren Teilnahmekriterien informiert.

17. What is the basic for the sample size used?

Einschlusskriterien waren: selbständige Frauen über 55, die von HI betroffen sind und noch keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben.

18. Was the number of participants at the beginning of the study stated?

Ja. Es waren am Beginn 103 Frauen.

19. Where there refusals, dropouts?

Sieben Frauen wurden nach dem Workshop ausgeschlossen, weil sie bereits professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben.

20. Were reasons for loss to follow-up quantified?

Weitere sechs Partizipantinnen konnten für das Follow-up nicht erreicht werden, somit wurden die Ergebnisse dieser aus der Studie entnommen.

21. Was the follow up long enough?

Ja. Das Follow-up fand drei und sechs Monate nach dem Workshop in Form von Telefonbefragungen statt.

Setting

22. Are the study setting and/or geographical location stated?

Ja, die 14 Workshops fanden in verschiedenen Gemeinschaftszentren statt. Sieben Workshops wurden in der Stadt Montreal und sieben im ländlichen Gebiet von Montreal durchgeführt.

Measurements

23. Which data were collected? Which instrument(s) were used?

Wissen, Einstellungen, und selbstwahrgenommene Fähigkeiten für die Diskussionen über HI wurden mithilfe von 9-item Fragen, welches auf Literaturreviews basierend erstellt worden war, gemessen. Diese Fragen wurden vor und nach der Intervention (Workshop) beantwortet.

Des Weiteren wurden die Art und Stärke der HI mit dem Instrument „International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form“ gemessen. Diese Messung erfolgte vor der Intervention.

Demographische Daten und Daten über den Gesundheitsstatus wurden ebenso erhoben.

Die Bereitschaft für professionelle Hilfesuche wurde vor und nach der Intervention mit einer adaptierten Form von „Prochaska’s transtheoretical model of change scale“ gemessen.

Nach drei und sechs Monaten wurde das Gesundheitsverhalten von den Partizipantinnen durch eine Telefonbefragung von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin/einem wissenschaftlichen Mitarbeiter erhoben.

24. Are the instruments described or referenced?

Ja, die Instrumente wurden referenziert. Ein Instrument, welches auf Literaturreviews basiert, wurde gut beschrieben.

25. Are the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced?

Von Reliabilität und Validität ist in der Studie nicht die Rede. Die Instrumente wurden nur referenziert.

Process of data collection

26. Is the procedure of data collection clearly described (e.g. time of data collection, place, who performed the data collection, training of data collectors)?

Ja. Vierzehn Workshops wurden durchgeführt und dauerten jeweils 2,5 Stunden. Alle fanden in einem Gemeinschaftszentrum statt, wovon sieben in der Stadt Montreal und sieben im ländlichen Gebiet von Montreal durchgeführt wurden. Der Workshop wurde mit Beiträgen von klinischen Expertinnen/Experten, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter mit Public Health Ausbildung, pädagogische Leiterinnen/Leiter und inkontinenten älteren Frauen durchgeführt.

Der Workshop wurde in Französisch abgehalten, worin jeweils 4-12 Partizipantinnen teilnahmen.

Der Workshop beinhaltete zwei Phasen. In der ersten Phase wurden die Teilnehmerinnen bezüglich HI unterrichtet und in der zweiten Phase wurden Rollenspiele durchgeführt. Am Ende des Workshops wurden die Partizipantinnen nochmals ermutigt, professionelle Hilfe aufzusuchen und eine informative Broschüre wurde mitgegeben.

(siehe Frage 23. für Durchführung der Datenerhebung)

Analysis

27. What statistical methods are used to analyze the data?

McNemar's test wurde verwendet. Daten, die vor und nach der Intervention mit dem 9-item Fragebogen erhoben wurden, sind verglichen worden.

Des Weiteren wurde ein logistisches Regressionsmodell verwendet, um herauszufinden ob es eine Veränderung im Gesundheitsverhalten nach dem Telefoninterview gab.

Deskriptive Statistik wurde verwendet, um die Gründe für keine Inanspruchnahme von professioneller Hilfe, darzustellen.

28. Were any confounders mentioned?

Nein.

29. Is the significance level described?

Das Signifikanzlevel für die Resultate beträgt 95%.

Results

30. Is the result section good structured?

Die Resultate werden verständlich dargestellt. Auf Tabellen und Abbildungen wird verwiesen und Prozentzahlen sind ebenso enthalten.

31. Were participants compared with non-participants?

Nein.

32. How the results presented and what is/are the main result(s)?

Am Beginn wird dargestellt, dass 90 Partizipantinnen in der Studie inkludiert und 13 exkludiert wurden. Zuerst wird auf die demographischen Daten verwiesen. In der Tabelle werden diese genauer dargestellt. Die meisten haben ihren Gesundheitsstatus als gut oder sehr gut eingestuft.

Nach der Intervention (Workshop) gab es eine positive Veränderung bezüglich Wissen und Einstellungen über HI. Auch die Fähigkeiten über HI zu sprechen und die Absicht professionelle Hilfe aufzusuchen veränderte sich zum Positiven. Der Workshop zeigt einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten bezüglich HI.

Nach der Intervention, hatten 85% der Teilnehmerinnen eine Profession wegen der HI konsultiert oder führten Selbstmanagement erfolgreich durch.

33. Do the results answer the research question(s) (aims)

Ja, die Ziele wurden erreicht.

34. Have confidence intervals been provided?

Das Konfidenzintervall beträgt 95%. Bei 2 Items wurde das Konfidenzintervall nicht erreicht. In der Studie wird hingewiesen, dass bei zwei Items kein Unterschied erkennbar ist.

35. Are the figures and tables appropriate and are they appropriately labeled?

Ja, es sind drei Tabellen vorhanden. Alle sind gut beschriftet und enthalten relevante Ergebnisse.

36. Do the figures and tables adequately show the important results?

Ja, alle drei Tabellen zeigen wichtige Resultate und ergänzen sich mit dem Text.

37. Are the figures and tables easy to understand?

Ja, die Tabellen sind gut verständlich und selbsterklärend.

Discussion

38. Is the discussion good structured (specific to general)?

Ja, die Diskussion ist gut strukturiert. Sie beginnt mit dem Spezifischen und endet mit dem Allgemeinen. Am Anfang der Diskussion werden die Fragen, die sich aus den Zielen ableiten lassen, beantwortet. Die wichtigsten Resultate werden nochmals aufgezeigt, mit anderer Literatur diskutiert und interpretiert. Limitationen und Stärken der Studie sind vorhanden.

39. Are the findings discussed in relation to the original research questions?

Ja.

40. Does the author compare the main findings with results from other studies? Are the results consistent with previous research or not (If not: are the inconsistencies explained)?

Ja, ein paar Resultate werden mit anderer Literatur verglichen. Die Ergebnisse bezüglich Selbstmanagement und Aufsuchung einer GHprofession unterscheiden sich zur anderer Literatur. Die Autorinnen/Autoren geben mögliche Begründungen dafür an. Eine Begründung ist, dass der Workshop interaktiv abläuft und Fragen sofort gestellt werden können. Es hängt jedoch auch von den Teilnehmerinnen selbst ab, dass es zu einem besseren Ergebnis als in anderer Literatur beschrieben, kam.

41. Does the interpretation of results make sense (theoretically, clinical perspective)?

Ja, die Interpretation macht in der theoretischen und klinischen Perspektive, Sinn.

42. Does the author note limitations of the study?

Eine Limitation ist das Fehlen eines validierten Fragebogens für die Erhebung von Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten für Diskussionen. Die Reliabilität dieses 9-item Fragebogens wurde nicht an älteren Frauen mit HI getestet.

Des Weiteren wurde nicht getestet, ob es später auch Besserungen bezüglich des Harnverlusts gab.

Conclusion

43. Are the author's conclusions justified by the results found in the study?

Ja, das Hauptergebnis der Studie wird nochmals aufgezeigt. Es wird erwähnt, dass 42% der Teilnehmerinnen professionelle Hilfe konsultiert und dass 43% Selbstmanagement gegen HI durchführt haben. In der Conclusion steht, dass die Intervention erfolgreich war.

44. Does the author give recommendations for further research?

Ja. Strengere Testungen von verschiedenen Interventionen sollen in größeren Studien erfolgen. Diese Testungen sollen mit sensibleren Instrumenten, einer Kontrollgruppe, und besseren Spezifizierung der Ziele erfolgen.

45. Does the author give recommendations for nursing practice?

Ja, jedoch wird hier nicht nur das Krankenpflegepersonal angesprochen. Mehr Ressourcen, welche sich auf Förderung der Kontinenz spezialisieren, sind erforderlich.

References

46. Does the reference list contain errors?

Nein. es wurde eine einheitliche Zitation verwendet.

47. Are there more references than are necessary?

21 Referenzen wurden angegeben, welches eine angemessene Anzahl ist.