

Bachelorarbeit

**Die psycho-sozialen Auswirkungen und die Möglichkeiten in der
pflegerischen Beratung, bei Erwachsenen mit Stuhlinkontinenz (SI):**

Ein Literaturreview

eingereicht von

Katja Maria Wahrbichler

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science (BscN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Fr. Manuela Hödl, MSc, BSc

Kumberg am 09.03.2018

Eidesstattliche Erklärung

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

Kumberg am 09.03.2018

Katja Wahrbichler, eh.

Zusammenfassung

Hintergrund:

Wird über Inkontinenz gesprochen, wird dies oft mit Harninkontinenz (HI) assoziiert, jedoch ist eine Stuhlinkontinenz (SI) nicht selten und für die Betroffenen meist belastender. Prävalenzuntersuchungen ergaben, dass 2-15% der Bevölkerung an einer SI bzw. einer Analinkontinenz (AI) leiden. SI hat nicht nur körperliche Auswirkungen, psychische und soziale Belastungen wirken sich enorm auf die Lebensqualität aus. Jedoch nehmen viele Betroffene aus Scham keine professionelle Hilfe in Anspruch.

Ziel:

Ziel dieser Arbeit ist es darzulegen, welche psycho-sozialen Auswirkungen eine SI auf die Betroffenen hat, wie diese Auswirkungen ihr Leben beeinträchtigen und welche Möglichkeiten sich für die professionelle Pflege bezüglich Beratung ergeben.

Methode:

Für diese Arbeit wurde ein Literaturreview durchgeführt, für welches in den Datenbanken PubMed und CINAHL recherchiert wurde. Des Weiteren wurde die Suchmaschine Google Scholar verwendet. Die Literaturrecherche fand von Oktober 2017 bis Dezember 2017 statt. Insgesamt wurden acht Studien bewertet und in das Literaturreview inkludiert.

Ergebnisse:

Ergebnisse zeigen auf, dass zu den häufigsten psychischen Auswirkungen das Schamgefühl und das geringe Selbstwertgefühl zählen sowie Angst, Trauer und eine deprimierte Verstimmung bis hin zu einer Depression. SI beeinflusst die Bewältigung des Alltags, hat Auswirkungen auf die Arbeit sowie auf das gesellschaftliche Leben. Betroffene äußern vermehrt den Wunsch nach Beratung und Information durch das Pflegepersonal.

Schlussfolgerung:

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass viele Betroffene maßgeblich in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind und dass die Bereiche der Beratung, der Schulung sowie der Information für die Pflege noch ausbaufähig sind.

Abstract

Background:

Talking about incontinence, most people think of aconuresis, the uncontrolled loss of urine, although, fecal incontinence (FI) is not a rare condition and usually a bigger burden for affected people. Prevalence studies demonstrate that 2-15% of our population suffer from FI. Not only has it impact on the physical status, also the psychological and social burden caused by anal incontinence (AI) influence people's quality of life. Nevertheless, almost all affected feel ashamed and do not get access to professional support.

Aim:

The aim of this study is to analyse the effects of FI on psychological and social conditions of affected people. How it influences their daily life and their possibilities for professional support and care.

Method:

For this study a literature review was conducted. PubMed, CINAHL and Google Scholar were the used databases for this literature search, which was conducted between October and December 2017. Altogether, eight studies were evaluated and included.

Results:

The results illustrate that the most common psychological effects are shame and lack in self-confidence and also fear, grief, depressive mood or depression. All of these effects influence daily living, have effects on work and social life. Affected people express the wish for more information and advice through healthcare professionals.

Conclusion:

This paper shows that affected people are significantly restricted in their life quality and patient education, training and knowledge transfer through healthcare professionals is insufficient

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Ursachen der SI | 2 |
| Tabelle 2: Grade der SI | 3 |
| Tabelle 3: Therapieverfahren | 4 |
| Tabelle 4: Suchverlauf..... | 9 |
| Tabelle 5: Bewertung der Studien | 11 |
| Tabelle 6: Inkludierte Studien | 13 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Flussdiagramm..... | 10 |
| Abbildung 2: Häufige Gefühle in Bezug auf SI | 17 |
| Abbildung 3: Beeinträchtigungen d. Lebensbereiche | 19 |
| Abbildung 4: Information SI | 23 |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Einleitung..... | 1 |
| 1.1 Stuhlinkontinenz..... | 2 |
| 1.2 Psychosoziale Gesundheit..... | 4 |
| 1.3 Beratung – Schulung - Anleitung - Information..... | 5 |
| 1.4 Forschungsziel und Forschungsfrage | 6 |
| 2. Methode..... | 7 |
| 2.1 Datensammlungsprozess..... | 7 |
| 2.2 Datensynthese | 11 |
| 3. Ergebnisse..... | 12 |
| 3.1 Beschreibung der Studien | 12 |
| 3.2 Psychosoziale Auswirkungen..... | 15 |
| 3.2.1. Einfluss von SI auf die Lebensqualität | 15 |
| 3.2.2. Einfluss von SI auf die Bewältigung des Alltags | 15 |
| 3.3 Einfluss von SI auf die Arbeit | 20 |
| 3.4 Einfluss von SI auf den Beitrag zur Gesellschaft..... | 20 |
| 3.5 Pflegerische Beratung | 21 |
| 4. Diskussion | 26 |
| 4.1 Zusammenfassende Beantwortung der Forschungsfrage..... | 26 |
| 4.2 Diskussion der Ergebnisse..... | 27 |
| 4.3 Limitationen..... | 31 |
| 4.4 Stärken..... | 31 |
| 5. Schlussfolgerung | 31 |
| 5.1 Empfehlung für die Praxis | 32 |
| 5.2 Empfehlung für die Forschung | 33 |
| 6. Literaturverzeichnis..... | 34 |
| 7. Anhang | 37 |

1. Einleitung

Wird über Inkontinenz gesprochen, wird dies oft mit Harninkontinenz (HI) assoziiert, jedoch ist eine Stuhlinkontinenz (SI) nicht selten und für die Betroffenen meist belastender. SI gilt in unserer Gesellschaft noch immer als Tabuthema. Eine Stuhl- und Analinkontinenz (AI) ist nicht unbedingt altersabhängig und kann Frauen sowie Männer betreffen, wobei das Verhältnis Frauen zu Männer etwa 9:1 entspricht. Die Betroffenenzahlen schwanken erheblich und Prävalenzuntersuchungen ergaben, dass 2-15% der Bevölkerung von einer Stuhl- oder Analinkontinenz betroffen sind. Aufgrund der Tabuisierung kann jedoch von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. (Hayder-Beichel, 2012)

Zahlen aus den 90er Jahren lassen vermuten, dass in Deutschland ca. 4,8 Prozent der Bevölkerung an SI leiden und Österreich sowie die Schweiz vergleichbare Zahlen aufweisen. Eine Dimension, welche einer Volkskrankheit entspricht. (Herold et al. 2005)

Die ökonomischen Aspekte der SI sind kaum untersucht. In der Studie von Xu et al. (2012) wurden die durchschnittlichen Kosten auf 4.110 US-Dollar (ca. 3.453 Euro) pro Jahr berechnet. Diese Zahl setzt sich aus den direkten Kosten (z.B.: medizinische und nicht medizinische), sowie aus den indirekten Kosten (sinkende Produktivität am Arbeitsplatz etc.) zusammen.

Während die Harninkontinenz in unserer Gesellschaft schon etwas mehr enttabuisierter wurde, ist die SI noch immer ein Thema über welches nicht gesprochen wird. Wenn Winde und Stuhl abgehen ist dies nicht nur für Betroffene unangenehm und spürbar, sondern auch die Umgebung kann darauf aufmerksam werden. Diese reagiert mit Scham, Ekel oder Ablehnung. (Herold et al., 2005)

Personen, die an SI leiden, begleitet die Angst von der Gesellschaft stigmatisiert oder gar ausgegrenzt zu werden. Aus diesen Gründen wird die Teilhabe an der Öffentlichkeit oft gemieden und es kommt zu einer Selbsteinschränkung der Freizeitaktivitäten. SI hat nicht nur körperliche Auswirkungen, psychische und soziale Belastungen wirken sich enorm auf die Lebensqualität aus, jedoch nehmen

viele Betroffene aus Scham keine professionelle Hilfe in Anspruch. (Hayder-Beichel, 2012)

Um SI und deren Auswirkungen zu verstehen, widmet sich das nächste Kapitel der Definition von SI, sowie deren Ursachen, der Einteilung in Schweregrade und die Möglichkeiten in der Therapie.

1.1 Stuhlinkontinenz

„Faecal incontinence is the involuntary loss of faeces- solid or liquid. Anal Incontinence include this events as well as the involuntary loss of flatus, which is felt by many patients to be an equally disabling disorder.“ (Abrams et al., 2017, S. 74)

[„Unter Stuhlinkontinenz wird der unfreiwillige Verlust von Fäkalien – fest oder flüssig – verstanden. Analinkontinenz umfasst diese Ereignisse ebenso wie den unfreiwilligen Flatusverlust, welcher von vielen PatientInnen ebenso als einschränkende Erkrankung empfunden wird.“ (Übersetzung durch K.W.)]

Der After wird außerhalb des Defäkationsprozesses durch einen Schließmuskelapparat, welcher aus mehreren Muskeln besteht, verschlossen. Verschiedene Ursachen können dieses Zusammenspiel der Muskeln stören und es kommt zu einer Stuhlinkontinenz. In der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 1) sind die Ursachen, welche zu einer SI führen, aufgelistet. (Menche, 2011)

Tabelle 1: Ursachen der SI (Menche, 2011, S. 471)

Muskuläre Störungen:

- Tumore
- Fistelspaltung
- Dammriss (Geburt)
- Beckenbodensenkung
- Überdehnung durch Obstipation
- Nachlassende Verschlusskraft im Alter

Sensorische Störungen

- Hämorrhoiden OP
- Durchfall
- Rektumprolaps
- Dickdarmentzündung

Störungen der Impulsverarbeitung/-weiterleitung

- Schlaganfall
- Alzheimer Demenz
- Multiple Sklerose
- Gehirntumor
- Querschnittlähmungen
- Spina bifida

Psychische und psychiatrische Störungen:

- Rückfall in kindliche Verhaltensweisen, ausgelöst durch Psychosen
- Konflikte mit Betreuungspersonen

Die Stuhlinkontinenz lässt sich in drei verschiedene Grade unterteilen (siehe Tabelle 2), wobei diese Graduierung nicht klar abgrenzbar ist und es häufig zu Mischformen der SI kommt. (Herold et al., 2005)

Tabelle 2: Grade der SI

| | |
|-----------------|--|
| Grad I | Flatulenzen (Darmwinde) gehen ab und können nicht zurückgehalten werden. |
| Grad II | Durchfall, flüssiger Stuhl kann nicht zurückgehalten werden. |
| Grad III | Fester Stuhl kann nicht zurückgehalten werden. |

Die Behandlung der SI hängt von verschiedensten Faktoren ab und kann konservativ als auch operativ erfolgen. (Herold et al., 2005) In der folgenden Tabelle (Tabelle 3) sind konservative und operative Therapieverfahren sowie die Möglichkeiten der pflegerischen Interventionen abgebildet.

Tabelle 3: Therapieverfahren (Herold et al., 2005, S. 31-54)

| Konservative Therapie | Operative Therapie | Pflegerische Interventionen |
|---|--|---|
| <p>-Stuhlregulierende Maßnahmen: Stuhl eindicken Lokal wirkende Medikamente Zäpfchen, Einläufe</p> <p>-Ernährung: je nach Konsistenz des Stuhls</p> <p>-Behandlung von Hämorrhiden und Prolaps</p> <p>-Stärkung der Beckenboden- und Sphinktermuskulatur</p> <p>-Biofeedback-Therapie bzw. Elektrostimulationstherapie</p> | <p>-Sphinkter-Rekonstruktion</p> <p>-Sphinkter-Raffung</p> <p>-Sphinkter-Ersatz</p> <p>-Sakrale Stimulation</p> <p>-Stoma</p> | <p>-Maßnahmen der Hautpflege</p> <p>-Einsatz von Hilfsmitteln</p> <p>-Schließmuskeltraining</p> <p>-Transanale Irrigation</p> |

Wie belastend eine SI für die Betroffenen ist, hängt nicht nur vom Grad der Inkontinenz ab, sondern auch inwieweit ihre psychosoziale Gesundheit dahin gehend eingeschränkt ist. (Herold et al., 2005) Das nächste Kapitel erläutert in kurzen Zügen die psychosoziale Gesundheit.

1.2 Psychosoziale Gesundheit

Psychosoziale Gesundheit wird von der WHO definiert als:

„Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeit ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“. (Gesundheitsziele Österreich, 2012, S. 47)

Eine einsetzende SI bedeutet für Betroffene eine drastische Lebensveränderung. Der Kontrollverlust über die eigene Ausscheidung beeinträchtigt das Leben der Betroffenen in all seinen Facetten. SI verursacht eine Vielzahl an Gefühlen und

Einschränkungen. Geheimhaltung und Verbergen der SI kann zu einem Rückzug aus der Öffentlichkeit führen. (Herold et al., 2005)

Psychosoziale Belastungen können einerseits die Entstehung von akuten und chronischen Erkrankungen fördern, andererseits aber auch durch diese ausgelöst werden. (Fond Gesundes Österreich, 2017)

1.3 Beratung – Schulung - Anleitung - Information

Bei der Betreuung von Betroffenen muss grundsätzlich unterschieden werden ob es sich um eine Beratung oder um eine Schulung bzw. Anleitung oder Information handelt.

Der Begriff „Patientenedukation“ (engl.: patient education) hat sich bereits in der professionellen Pflege etabliert und beinhaltet psychologische und pädagogische Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes, wobei es hierbei nicht zur freien Übersetzung „Erziehung“ kommen darf. Im Rahmen der Patientenedukation lassen sich Beraten, Schulen und Informieren differenzieren, wobei es in der Praxis Überschneidungen zwischen Information und Schulung geben kann und sich die Beratung durch ein eigenes Vorgehen davon abgrenzt. Aufgrund der demografischen Entwicklung gewinnt die Edukation an zentraler Bedeutung. Das Kohärenzgefühl der PatientInnen wird gesteigert indem sie durch Schulung, Information und Beratung gesundheitsbezogene Probleme selbst in den Griff bekommen können. (Menche, 2011)

Beratung kann allgemein als Problemlösungsprozess formuliert werden, welcher Personen befähigt, die eigenen Kompetenzen in der Bewältigung von Problemen zu verbessern. Unter Beratung kann auch professionelle Begleitung verstanden werden. Sie orientiert sich an den Themen, Fragen und Problemen die der/die Betroffene von sich aus einbringt. Potenziale und Kompetenzen der Betroffenen stehen bei der Lösungssuche im Vordergrund. (Hayder-Beichel, 2012)

Die Schulung hingegen ist eine zielgerichtete Unterweisung, welche Informationen bzw. Fertigkeiten in einem strukturierten Ablauf an die SchulungsteilnehmerInnen vermittelt. Dadurch kann ein vorab definiertes Ziel erreicht werden. Synonym für die

Schulung kann auch die Anleitung, die Unterweisung oder das Training im Sprachgebrauch verwendet werden. Dieser Vorgang kann in Einzel- oder auch in Gruppenschulungen stattfinden. (Menche, 2011)

Die Beratung differenziert sich zur Anleitung bzw. Schulung darin, dass es sich hierbei um einen offenen Ausgang handelt. Die (Problem-) Lösung ist individuell auf die Anliegen des/der Betroffenen angepasst. (Menche, 2011)

Folglich sollte eine Beratung zum Ziel haben, Betroffenen eine Hilfestellung zu geben um sich mit einer neuen Lebenssituation auseinander zu setzen, neue Ressourcen zu entdecken und eventuell Kosten zu dämpfen. Für die professionelle Pflege ist die Beratung ein wichtiger Punkt und gehört auch zu deren Aufgabengebiet. (Hayder-Beichel, 2012)

Im GuKG werden unter § 14(2) die pflegerischen Kernkompetenzen festgelegt, welche die Beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Schulung und die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege beinhalten. (§14 Abs. 2 GuKG)

Die Information von PatientInnen konzentriert sich darauf, dass Inhalte mündlich oder schriftlich, z.B.: in Form von Informationsblättern weiter gegeben werden. (Menche, 2011)

1.4 Forschungsziel und Forschungsfrage

Wie bereits erwähnt führt die SI nicht nur zu physischen Beeinträchtigungen sondern auch psycho-soziale Aspekte schränken Personen mit SI in ihren sozialen Aktivitäten ein. Damit die professionelle Pflege Unterstützungs- und Beratungsangebote entwickeln kann, benötigen diese ein Wissen darüber, wie Betroffene ihre Probleme wahrnehmen und wie sie mit den Auswirkungen umgehen. (Hayder-Beichel, 2012)

Kummer et. al (2008) beschreibt, dass PatientInnen vermehrt den Wunsch nach Information und Beratung durch Pflegende äußern.

Meist werden von den Betroffenen nur Ärzte als Ansprechperson angegeben, die Beratung findet somit meist auf medizinischer Ebene statt und ist kaum lebensweltlich orientiert. (Hayder-Beichel, 2013)

Die internationale Literatur beschäftigt sich mit dem Thema der Inkontinenz, jedoch beschränken sich viele Studien auf die Harninkontinenz und es gibt keinen aktuellen systematischen Überblick über die psycho-sozialen Belastungen, bei von SI betroffenen Personen. Daher ist das Ziel dieses Literaturreviews, darzulegen zu welchen psychischen Belastungen eine Stuhlinkontinenz führt und wie diese die Betroffenen in ihrem sozialen Leben beeinträchtigt und welche Möglichkeiten sich für die professionelle Pflege bezüglich der Beratung ergeben.

Daraus lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

Welche psycho-sozialen Auswirkungen ruft eine SI bei Betroffenen hervor und inwieweit kann die professionelle Pflege hier beratend tätig sein?

2. Methode

Das Design dieser Bachelorarbeit ist ein Literaturreview. Der Methodenteil dieser Arbeit beschreibt das Vorgehen bei der Literaturrecherche und die Synthese der Daten.

2.1 Datensammelungsprozess

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt. Diese fand im Zeitraum von Oktober 2017 bis Dezember 2017 in den Datenbanken „PubMed“ und „CINAHL“ (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) statt. Im Zuge der Literatursuche wurde zusätzlich die Suchmaschine Google Scholar verwendet, hierzu wurden die Schlagworte „Stuhlinkontinenz“ und „psychosoziale Belastungen“ verwendet. In Google Scholar wurden die ersten fünf Seiten gesichtet, wobei eine Studie zur

kritischen Bewertung zugelassen wurde. Zur Suche in den Datenbanken wurden Schlagwörter verwendet, welche sowohl als einzelnes Schlagwort als auch als „MeSH Terms“ bzw. als „Major Subject Subheadings“ verwendet wurden. Für das Wort Stuhlinkontinenz wurden die Wörter „fecal incontinence“, „bowel dysfunction“ sowie „bowel leakage“ verwendet. Zusätzlich wurden weitere Schlagwörter wie „quality of life“, „shame“, „isolation“ und „management“ verwendet und bei der Datenbankrecherche mit den Booleschen Operatoren AND und OR verknüpft. Zudem wurden für die spezifischere Suche Filter angewandt. Damit die Aktualität der Ergebnisse gewährleistet werden konnte, durfte die Literatur nicht älter als zehn Jahre sein, der Filter „Human“ wurde verwendet damit veterinär-medizinische Studien nicht in die Suche inkludiert wurden. Der Suchverlauf mit den spezifischen Schlagwörtern wird in Tabelle 4 dargestellt.

Für das Titel- und Abstractscreening wurden Ausschlusskriterien beachtet. Somit wurden Studien ausgeschlossen welche sich auf Stomaanlagen, Inkontinenz im Pflegeheim und SI bei fortgeschrittener Demenz konzentrierten. Nach dem ausführlichen Titel- und Abstractscreening wurden von 297 gesichteten Studien schließlich 16 Studien zum Volltextscreening zugelassen. Daraus ergaben sich wiederum acht Studien die zur Bewertung zugelassen wurden.

Tabelle 4: Suchverlauf

| Suchverlauf PubMed | Erste Ergebnisse | Filter | Ergebnisse mit Filter |
|--|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| ((fecal incontinence[MeSH Terms] OR bowel dysfunction[Title/Abstract]) AND quality of life[Title/Abstract]) AND management[Title/Abstract] | 313 Treffer | Abstract 10 years Human | 191 Treffer |
| ((fecal incontinence) OR bowel dysfunction) OR bowel leakage) AND shame) AND isolation | 7 Treffer | Abstract 10 years Human | 4 Treffer |
| Suchverlauf CINAHL | | | |
| (MM "Fecal Incontinence/CL/ED/NU/PF") | 153 Treffer | Abstract 10 years | 52 Treffer |
| Suchverlauf Suchmaschine Google Scholar | | | |
| Stuhlinkontinenz/psychosoziale Belastungen | 725 Treffer | 10 Jahre | 523 Treffer 50 gesichtet |

Der Datensammelungsprozess wird in Abbildung 1 als Flussdiagramm dargestellt.

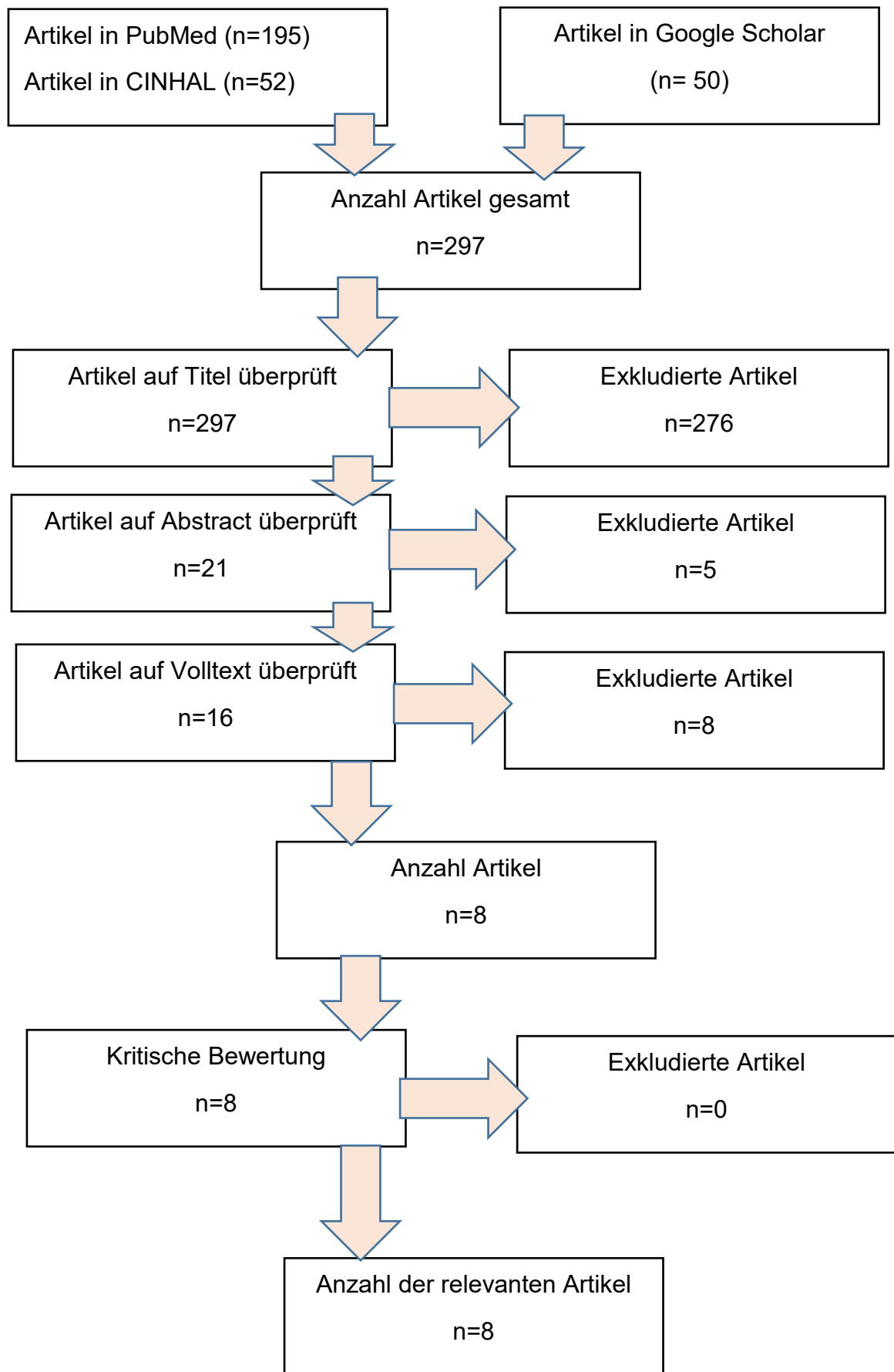


Abbildung 1: Flussdiagramm (in Anlehnung an Moher et al., 2011)

2.2 Datensynthese

Für die kritische Bewertung der relevanten Studien wurde, sowohl für quantitative und qualitative Studien sowie für Literaturreviews, der Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) verwendet.

Die Bewertung von Hawker lässt im gesamten 36 Punkte zu, wobei verschiedene Kategorien mit dem Bewertungsschema eins (schlechte Qualität) bis vier (sehr gut) bewertet werden.

Tabelle 5 gibt einen Überblick der inkludierten Studien und deren Bewertung.

Tabelle 5: Bewertung der Studien

| Titel der Studie | AutorInnen | Jahr | Punkte von 36 |
|---|---------------------------------|-------------|----------------------|
| Conservative management of faecal incontinence in adults | Allison M. | 2010 | 28 * (von 32) |
| Barriers to seeking care for accidental bowel leakage | Brown et al. | 2017 | 34 |
| Psychosoziale Aspekte der Inkontinenz – Ergebnisse einer Patientenbefragung | Dlugosch | 2008 | 28 |
| Perspectives From Patients and Care Providers on the Management of Fecal Incontinence: A Needs Assessment | Helewa et al. | 2017 | 34 |
| Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women | Meyer & Richter | 2015 | 27 * (von 32) |
| Faecal incontinence: causes, assessment and management | Ness W. | 2012 | 28 * (von 32) |
| Living with faecal incontinence: trying to control the daily life that is out of control | Olsson Frida, Berterö Carina | 2015 | 34 |
| The impact of faecal incontinence on the quality of life | Wilson Mary | 2007 | 34 |

*Bei den inkludierten Reviews konnte der Punkt „Sampling“ nicht beurteilt werden. Dieser Punkt wurde daher, mit der möglichen Höchstpunktzahl, von der Gesamtbewertung abgezogen. Daraus ergibt sich, für die inkludierten Reviews, bei den möglichen Gesamtpunkten eine Punktzahl von 32.

3. Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit wird ein Überblick und eine kurze Beschreibung der inkludierten Studien gegeben und die Ergebnisse präsentiert. Diese werden unter Tabelle 6 dargestellt.

3.1 Beschreibung der Studien

Für die Ergebnisse in dieser Arbeit wurden acht Studien verwendet. In Tabelle 6 befindet sich ein Überblick der inkludierten Artikel und deren Ergebnisse.

Allison M. (2010) beleuchtet das konservative Management der Fäkalinkontinenz bei Erwachsenen. In der Studie von Brown et al. (2017) werden Barrieren beschrieben, welche Betroffene daran hindern professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die PatientInnenbefragung vom Zentrum für empirische pädagogische Forschung (Duglosch, 2008) beschäftigt sich mit den psychosozialen Aspekten der SI und den Bedürfnissen von Betroffenen. Helewa et al. (2017) erhebt durch semistrukturierte Interviews qualitative Daten, bezüglich einer Bedarfsanalyse über das Management von Fäkalinkontinenz. Meyer & Richter (2015) beschreiben die Auswirkungen der SI und deren Behandlung auf die Lebensqualität von Frauen. Das Literaturreview von Ness W. (2012) behandelt die Ursachen der SI, sowie die Einschätzung der Schwere und das Management dieser. Olsson & Berterö (2015) führten Tiefeninterviews, um das Leben mit FI und deren Auswirkungen auf das tägliche Leben zu untersuchen. Ebenso mit den Auswirkungen der SI auf die Lebensqualität beschäftigt sich Wilson (2007).

Tabelle 6: Inkludierte Studien nach AutorInnen, Design/Methode, Datenerhebung & Ergebnisse

| AutorInnen, Jahr | Design/Methode | Datenerhebung | Ergebnisse |
|---------------------|-------------------------------------|---|---|
| Allison, 2010 | Review | Literaturrecherche | Beschreibung verschiedener Behandlungsmöglichkeiten zur Bewältigung des Problems der SI. Die Wichtigkeit der KontinenzberaterInnen und KrankenpflegespezialistInnen. |
| Brown et al. 2017 | Qualitative Studie | Fokusgruppen und kognitive Interviews | Es wurden 12 Barrieren identifiziert, welche die Suche nach pflegerischer Behandlung einschränken. |
| Dlugosch, 2008 | PatientInnenbefragung (quantitativ) | Papierfragebogen oder online Fragebogen | Psychische und soziale Faktoren beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen, insbesondere die 40 – 60-jährigen erleben die psychosozialen Einschränkungen sehr intensiv. |
| Helewa et al., 2017 | Qualitative Querschnittstudie | Semistrukturierte Interviews | Es fehlt an Weiterbildungen für PatientInnen als auch für das Pflegepersonal. Programme sollten sich auf die Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen konzentrieren. |
| Meyer, Richter 2015 | Review | Literaturrecherche | SI hat eine negative Auswirkung auf das Leben von Frauen und die Behandlungen der SI sind selten heilungsfähig. Wichtig ist daher, ein individueller Ansatz und das Management der Fäkalinkontinenz durch Gesundheitsdienstleister. |

| AutorInnen, Jahr | Design/Methode | Datenerhebung | Ergebnisse |
|----------------------------|---|---------------------------|---|
| Olsson, Berterö 2015 | Qualitative Studie | Face to Face Interview | Hauptergebnisse unterteilt in vier Hauptgruppen: -Selbstbekräftigung -Schuld und Scham -Einschränkungen -persönlicher Ansatz |
| Wilson, 2007 | Qualitative Studie/Grounded Theorie | Tiefeninterviews | Die Auswirkungen der SI auf folgende Punkte: -Das Leben mit SI -Effekt der SI auf die Lebensqualität der Familie -Lebensstil Entscheidung -Sozialisation -Finanzielle Auswirkung |

3.2 Psychosoziale Auswirkungen

3.2.1. Einfluss von SI auf die Lebensqualität

Dlugosch (2008) befragte insgesamt 56 Männer und Frauen mit SI wie sehr sie sich, auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr häufig) in ihrer Lebensqualität beeinflusst fühlen. Ein Gesamtergebnis von 3,9 zeigt das Problem der SI in Bezug auf die Lebensqualität. Die Auswirkung der SI auf das Selbstwertgefühl der 56 Befragten zeigte sich mit 3,7 Punkten. Probleme, welche sich auf die persönlichen Bereiche der Betroffenen erstrecken, haben sich in allen Altersklassen ergeben. Jedoch zeigte sich, dass PatientInnen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren besonders belastet sind.

3.2.2. Einfluss von SI auf die Bewältigung des Alltags

In Interviews mit Betroffenen gaben diese an, dass der Kontakt mit Anlaufstellen der Gesundheitsvorsorge beschämend sei und Schuldgefühle bei ihnen auslöse. Diagnostische Untersuchungen, welche bei der Fäkalinkontinenz (FI) durchgeführt wurden, wurden von den Befragten als erniedrigend und abstoßend empfunden. Ebenso gaben Betroffene an, sich vom Gesundheitssystem vernachlässigt zu fühlen. Der Kontakt mit ÄrztInnen und Kliniken löste bei den Betroffenen ein Gefühl der Verwundbarkeit aus. (Olsson and Berterö, 2015) Mit medizinischen Personal über das soziale Tabu der SI zu sprechen fällt, nach Angabe der Betroffenen, schwer und die peinliche Situation und das Gefühl der Schande veranlassen viele PatientInnen dazu ihr Leid zu verstecken. Zu groß ist die Angst stigmatisiert zu werden. SI als soziales Stigma wurde nicht nur vor dem medizinischen Personal versucht zu verstecken, viele Betroffene informierten auch ihre Familienmitglieder und die LebenspartnerInnen nicht über ihr Leid. (Brown et al., 2017)

Auch Olsson & Berterö (2015) untersuchten die Erfahrungen von Betroffenen und deren Auswirkungen auf das tägliche Leben. Die PartizipantInnen benannten

ebenso eine negative Auswirkung auf ihre Selbstwahrnehmung und ihr Selbstwertgefühl, ausgelöst durch die Angst, dass die Umgebung sie als abstoßend empfinden würde, wenn diese von ihrer Erkrankung erfahren.

Des Weiteren kam es bei den Betroffenen zu Schuldgefühlen, einige Frauen gaben an sich die Schuld an der SI selbst zuzuschreiben. Diese persönlichen Schuldzuweisungen reichten von geglaubten kleineren Begehren, wie die falsche Nahrungsaufnahme bis hin zu dem Glauben, dass eine sexuelle Handlung in der Vergangenheit Schuld an der SI hat. Eine Studie zeigte, dass sich die Selbstbeschuldigung bei den Betroffenen oft manifestiert, da sie ständig auf der Suche nach einer Ursache für ihre Fäkalinkontinenz sind. (Brown et al., 2017)

„I was raped as a child, and I figured that that’s what it was from. And I just didn’t want to talk about it [to my doctor]. But I didn’t know what I had.“ (Brown et al., 2017, S.548)

„Als Kind wurde ich vergewaltigt und ich dachte, dass es das ist woher es stammt. Und ich wollte mit meinem Arzt nicht darüber sprechen. Aber ich weiß nicht was ich habe.“ (Übersetzt durch K.W.)

Eine Studie von Olsson & Berterö (2015) zeigte, dass das Leben mit FI verbunden ist mit einem Tabu und mit Gefühlen von Schuld und Scham. Diese beeinträchtigen das tägliche Leben. Hinzu kommt ein kontinuierlicher Kontrollzwang.

Exkurs: Scham

Während der Entwicklung des Ich-Bewusstseins und der Gewissensbildung kommt es zur Entwicklung des Scham Gefühls. Während im zweiten Lebensjahr Scham für Verbotenes oder Unangemessenes entwickelt wird kommt es um das sechste Lebensjahr zur Entwicklung des Körperscham, körperliche Makel, Nacktheit oder gestörte Körperfunktionen lösen Scham aus. Scham gehört zu den sekundären Gefühlen, welche durch Denkprozesse ausgelöst werden. (Menche, 2011)

Die Patientenbefragung von Dlugosch (2008) zeigte, dass jegliche Altersgruppen in ihrem psychischen Wohlbefinden beeinträchtigt sind, die Gruppe der 40- bis 60-jährigen jedoch diese Belastungen noch intensiver wahrnahmen. Aufgrund ihrer Erkrankung gaben die Befragten an, oft deprimiert zu sein und ein Gefühl der Traurigkeit zu verspüren. Signifikante Zusammenhänge zwischen SI und schwerer Depression konnten auch Meyer & Richter (2015) in ihrer Literatursichtung feststellen. Des Weiteren gaben Befragte an, sich im Alltag oft ängstlich zu fühlen und eine ständige Nervosität zu verspüren. (Dlugosch, 2008)

In der nachfolgenden Abbildung (Abbildung 2) zeigt Dlugosch (2008), wie oft sich die Befragten Personen, auf einer Skala von Eins (überhaupt nicht) bis Fünf (sehr häufig) im vergangenen Monat traurig, nervös, ängstlich oder deprimiert fühlten.

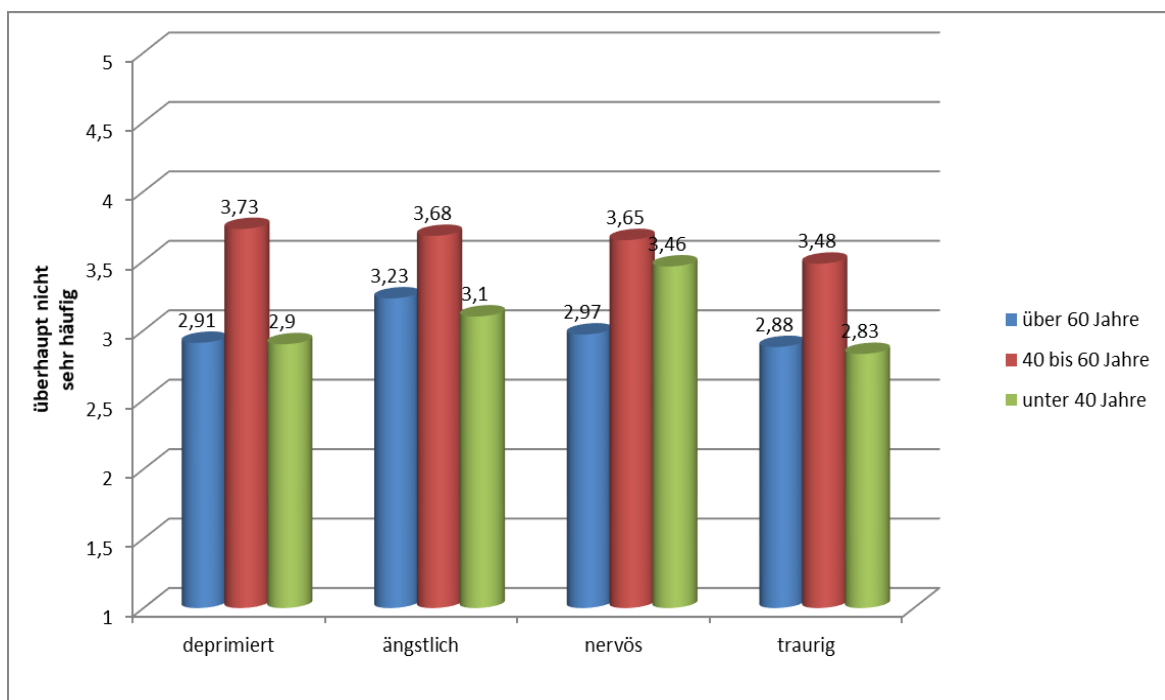


Abbildung 2: Häufige Gefühle in Bezug auf SI (in Anlehnung an Dlugosch, 2008)

Betroffene gaben an, mit SI zu leben ist peinlich und löst Schamgefühle aus, hinzu kommt die Angst vor Stuhlverlust in der Öffentlichkeit und die Reaktion und Gedanken der Umwelt auf diesen. Betroffene äußerten negative Gefühle bezogen auf ihre Inkontinenz und ihrem damit verbundenen Leben. Befragte gaben ebenso an, dass das Leben mit SI nicht nur Gefühle von Ärger, Frustration, Ungerechtigkeit

und Enttäuschung hervorruft, sondern auch Hoffnungslosigkeit, Trauer und Verzweiflung auslöst. SI wurde von den Betroffenen selbst als beschämend wahrgenommen und oft auch als unhygienisch, ekelhaft und widerwärtig dargestellt. (Olsson and Berterö, 2015)

Die Studie von Olsson & Berterö (2015) zeigte ebenso, dass soziale Belastungen durch die Angst einen Geruch zu verbreiten entstanden. Der Faktor der Geruchsbelästigung bzw. die Angst davor einen unangenehmen Geruch zu verbreiten führte nicht nur dazu, dass sich Betroffene selbst isolierten, sondern auch, dass das Sexualleben dadurch negativ beeinflusst wurde.

SI bewirkte bei den Betroffenen eine Reduzierung und Revision der sexuellen Aktivität. Besonders betroffen hiervon waren Personen, die sich in keiner Partnerschaft befanden. Eine(n) neue(n) PartnerIn zu finden und diese(n) über die SI zu informieren ist für Betroffene sehr peinlich und die Möglichkeit einer zukünftigen Beziehung bzw. eines Sexualpartners ist für diese beeinträchtigt. (Wilson, 2007)

„When I got this I decided that I should live as a single person for the rest of my life.“
(Olsson and Berterö, 2015, S. 146)

„Als ich das bekam, entschied ich mich, dass ich als Single leben sollte für den Rest meines Lebens.“ (Übersetzt durch K.W.)

Olssen & Berterö (2015) zeigten auf, dass es bei Frauen zu Störungen in der Körperwahrnehmung kommt. Viele Frauen mit SI konnten sich nicht mehr als Frau sehen und fühlten sich in ihrer Weiblichkeit gestört.

Des Weiteren beschrieb Wilson (2007), dass die Familien der Betroffenen ebenso negative Auswirkungen auf ihr Leben verspüren. Analinkontinenz (AI) belastet nicht nur die Betroffenen selbst, Familienmitglieder müssen mit der schlechten Laune der Betroffenen zurechtkommen und akzeptieren, dass diese auch in einem gewissen Grad abhängig von ihnen sind. Ebenso gaben Mitglieder der Familie an, dass die mangelnde Anpassungsfähigkeit der Betroffenen negative Auswirkungen auf das Familienleben im Allgemeinen habe. Die Studie zeigte, dass Betroffene an

Aktivitäten im Kreise der Familie oft nicht teilnehmen und die soziale Isolation bereits im engsten Kreis stattfand.

Gleiche Ergebnisse konnten auch in der Patientenbefragung der Universität Koblenz-Landau erzielt werden. Betroffene im Alter zwischen 40 und 60 Jahren gaben Beeinträchtigungen in den Lebensbereichen Freunde/Bekannte, Familie und Partnerschaft an. Abbildung 3 zeigt die Lebensbereiche, in denen die Befragten angaben, sich beeinträchtigt zu fühlen. Eine Punktevergabe zwischen Eins (überhaupt keine Beeinträchtigung) und Fünf (sehr häufig beeinträchtigt) war möglich. Auch hier ist zu erkennen, dass die Befragten in der Alterskategorie der 40- bis 60-jährigen eine höhere Beeinträchtigung angaben. (Dlugosch, 2008)

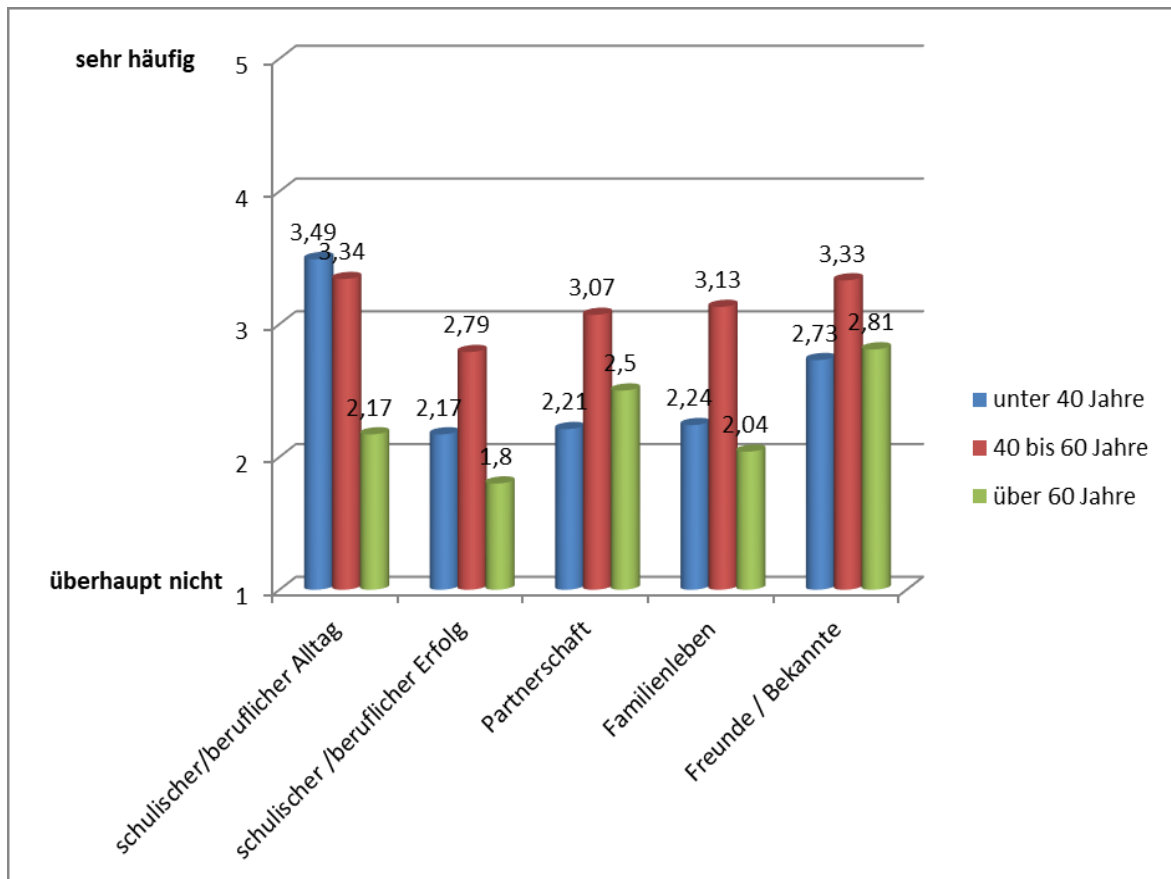


Abbildung 3: Beeinträchtigungen d. Lebensbereiche (angelehnt an Dlugosch, 2008)

3.3 Einfluss von SI auf die Arbeit

In einer Befragung gaben Betroffene an dass es einigen von ihnen, welche im erwerbsfähigen Alter sind, nicht möglich ist ihre Arbeit in einer Vollzeitbeschäftigung auszuführen oder so auszuführen wie sie es gerne möchten. Einige schafften es überhaupt nicht eine Arbeit aufzunehmen. (Dlugosch, 2008)

Dies hat einer Studie nach zur Folge, dass sich das Leben der Betroffenen unausgefüllt anfühlt und das Selbstvertrauen sowie das Vertrauen in ihre beruflichen Fähigkeiten verloren ging. Personen welche ihren Arbeitsplatz aufgrund ihrer SI aufgaben oder welche durch den/die ArbeitgeberIn gekündigt wurden äußerten, sich frustriert und verärgert zu fühlen. Betroffene gaben an, Angst vor der zukünftigen Existenz zu haben und sie dies traurig stimmt. Ihr geringes Einkommen und die zusätzlichen Kosten, welche durch die SI entstehen, beeinflusst das soziale Leben der Betroffenen und deren Familien. (Wilson, 2007)

3.4 Einfluss von SI auf den Beitrag zur Gesellschaft

Aufgrund der Angst, in der Öffentlichkeit Stuhl zu verlieren und damit dem Gefühl der Scham ausgesetzt zu sein, gaben viele Betroffene an, gesellschaftliche Veranstaltungen oder Treffen mit Bekannten zu vermeiden und verwendeten beliebige Ausreden dafür. Somit kommt es zu einer sozialen Isolation der von SI betroffenen Personen. (Olsson and Berterö, 2015) Von SI betroffene Frauen gaben an sich meist nicht nur von der sozialen Umgebung und von Gesprächen zurück zu ziehen sondern, sie isolieren sich auch emotional. (Brown et al., 2017)

Eine Studie zeigte, dass sich die eigenen vier Wände als Komfortzone entwickeln, in der sich die Betroffenen keine Sorgen machen müssen über Leckagen oder unangenehme Situationen. Zuhause ist die Toilette in Reichweite und Utensilien für die Intimhygiene stehen bereit. Verlassen Betroffene das Haus, gaben diese an sich immer vergewissern zu müssen, dass eine Toilette in der Nähe ist und sie sich auch ständig in deren Nähe aufhalten. Nur so ist es ihnen möglich sich dementsprechend wohl und sicher zu fühlen. (Dlugosch, 2008)

Viele Betroffene beschlossen für sich, außer dem/der Partner/in, ihrem weiteren sozialen Umfeld nichts von ihrer Inkontinenz zu erzählen, da dieses Thema mit einem Tabu in Verbindung gebracht wird und zu privat und peinlich ist um darüber zu sprechen. (Olsson and Berterö, 2015)

Betroffene gaben die Vermutung an, dass die Umgebung beschämt und angewidert ist von ihrer Erkrankung (Ness, 2012). Der unkontrollierte Stuhlverlust verminderte ihr Selbstvertrauen und beeinflusste das tägliche Leben und die damit verbundenen Aktivitäten. (Brown et al., 2017)

Soziale Auswirkungen zeigten sich auch dahingehend, dass viele Befragte nicht an Ausflügen teilnahmen, Vereinssportarten oder generell körperliche Betätigung vermieden und auch keine Urlaubsplanungen mehr vornahmen. Einige Betroffene gaben an, dass es unvorstellbar für sie ist Auslandsreisen zu unternehmen. Bereits die Verwendung von öffentlichen Verkehrsmitteln stellt eine große Herausforderung dar. (Olsson and Berterö, 2015) Eine Befragung zeigte, dass die Benutzung dieser, Stress bei den Betroffenen auslöst, welcher wiederum zu einer Verschlimmerung in der Symptomatik der SI führt. (Dlugosch, 2008)

Als große Belastung wurde auch die mangelnde Akzeptanz von außen angegeben, welche wiederum eine soziale Isolation hervorruft. (Dlugosch, 2008) Belastend ist laut Angabe der Betroffenen auch die Sorge um die Zukunft, die Angst dass die SI mit zunehmendem Alter sich verschlimmert und die Betroffenen auf Hilfe bzw. Pflege angewiesen sind. (Olsson and Berterö, 2015)

3.5 Pflegerische Beratung

Eine Vielzahl von Betroffenen gab an keine professionelle Hilfe zu suchen, aufgrund ihrer Annahme, dass SI ein Teil des Alterungsprozesses ist oder weil diese peinlich berührt sind. (Ness, 2012)

Eine Befragung der Universität Koblenz-Landau fand heraus, dass 68,6% der Befragten eine Behandlung aufgrund ihrer Stuhlinkontinenz in Anspruch nahmen, jedoch 25,5% aufgrund des Schamgefühls sowie Unwissenheit über die

Möglichkeiten der Therapiemaßnahmen und der Anlaufstellen keine Beratung aufsuchten. (Dlugosch, 2008)

Ergebnisse zeigten, dass der Kontakt mit medizinischem Fachpersonal sich für Betroffene meist nicht aufgrund ihrer SI ergibt, sondern oft andere Beweggründe hat. Daher ist es nicht selten, dass die SI zuerst unentdeckt bleibt. (Allison, 2010)

Patienten gaben an, dass sie glaubten mit dieser Belastung alleine zurechtzukommen zu müssen und suchten daher keine Hilfe auf. Ein weiteres Ergebnis weist darauf hin, dass die Betroffenen oft nicht wissen, dass es Möglichkeiten in der Behandlung der SI gibt und sich daraus eine verminderte Hilfesuche begründet. (Helewa et al., 2017)

SI hat, wie bereits erwähnt, eine tiefgreifende Wirkung auf die Betroffenen und deren Lebensqualität und es fällt ihnen zunehmend schwer dem Gesundheitspersonal das Problem der Inkontinenz zu offenbaren. Studien zufolge schätzen Betroffene das Gesundheitspersonal oft als unempfindlich bezüglich ihrer Probleme ein und empfanden es als verständnislos bezüglich ihrer Bedürfnisse. Schwierig gestaltete sich auch der Zugang für Betroffene zu Informationen, Beratung und Unterstützungsmöglichkeiten, da diese nicht wissen wohin sie sich mit ihrem Problem wenden können. Wobei Information und Bildungsressourcen die ersten Schritte zur Bestärkung der Betroffenen wären. (Allison, 2010)

Nach Dlugosch (2008) fühlen sich 70,8% der von SI betroffenen, befragten Personen nicht ausreichend über Stuhlinkontinenz informiert und fast 90% der UntersuchungsteilnehmerInnen sind der Meinung, dass es keine ausreichenden Beratungsangebote für sie gibt (siehe Tabelle 4).

Fühlen Sie sich ausreichend informiert über SI

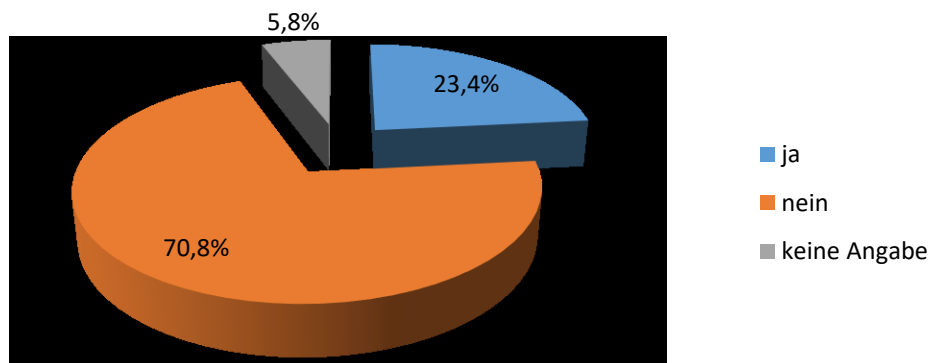


Abbildung 4: Information SI (angelehnt an Dlugosch, 2008)

Neben der fachärztlichen Beratung gaben Betroffene vor allem den Wunsch an, mehr Beratung bezüglich der Kontinenzhilfsmittel und dem Umgang mit diesen zu erhalten. Auch wurde der Wunsch einer psychologischen Beratung ausgesprochen und der Bedarf an Selbsthilfegruppen aufgezeigt. Bezüglich der Kontinenzhilfsmittel, welche am häufigsten Einlagen, geschlossene Inkontinenzsysteme und Analtampons sind, gaben zwei Drittel der Befragten an, nur teilweise oder so gut wie gar nicht versorgt zu sein. Somit fühlten sich die Betroffenen, bei ungewolltem Stuhlverlust in der Öffentlichkeit, nicht zuverlässig versorgt. Dieser Umstand liegt daran, dass 65% der befragten Studienteilnehmer/Innen angaben, keine professionelle Beratung bezüglich der Möglichkeiten einer individuellen Inkontinenzversorgung bekommen zu haben. Am häufigsten wurde die Beratung über Kontinenzhilfsmittel in Sanitätshäusern, in Apotheken oder durch Ärzte durchgeführt. Spezielle KontinenzberaterInnen wurden nicht hinzugezogen. (Dlugosch, 2008)

Ness (2012) beschreibt, dass eine gezielte Beratung sowie eine relevante Information bzw. Intervention auf einem spezifischen Assessment durch erfahrenes Gesundheitspersonal basieren sollte. Zusammen mit einer klinischen Untersuchung kann eine Einschätzung gegeben werden, wie sich die SI auf die Lebensqualität bzw. auf den Lebensstil des Einzelnen auswirkt. Wichtig für diese Erhebung ist, dass das Pflegepersonal Einfühlsamkeit in das Gespräch miteinbringt, damit eine

vertrauensvolle Patientenbeziehung ermöglicht wird und Betroffene keine Angst haben über peinliche Aspekte und Symptome zu sprechen. Olsson & Berterö (2015) beschrieben ebenso, dass Betroffene sich Empathie wünschen und ernst genommen werden möchten.

Ness (2012) nennt einige wichtige Faktoren, welche während des Kontinenzassessments berücksichtigt werden sollten:

- Die psychologische Geschichte des Betroffenen (unter Umständen auch Missbrauchsgeschichten)
- Body Mass Index
- Nikotinabhängigkeit/Rauchgewohnheiten
- Die kognitive Beurteilung des Betroffenen
- Symptome der Inkontinenz. Daraus kann geschlossen werden um welche Art der SI es sich handelt (Drang- oder Passivinkontinenz)
- Die Beurteilung der Haut
- Ernährungstagebuch, um eventuelle zusätzliche Auslöser zu erkennen
- Stuhlfrequenz, -konsistenz und –zeitpunkt
- Mobilität (ist das Erreichen der Toilette ein funktionelles Problem?)
- Auslöser: kann identifiziert werden was das Problem der SI verschlechtert oder verbessert
- Bisherige Bewältigungsstrategien des Betroffenen (wird aufgrund der SI nichts gegessen...)

Studien zeigten, dass das Ernährungsmanagement eine große Rolle in der Beratung von Personen mit SI spielt. Es wurde aufgezeigt dass Betroffene sich einer selbst auferlegten Nahrungsmittelreduzierung unterziehen. Diese soll die Wirkung der Symptomverbesserung haben, jedoch führt diese zu Flatulenzen und der Effekt wirkt kontraproduktiv. Studien zeigten auf dass es in der Ernährungsberatung wichtig ist, gemeinsam mit den Betroffenen Lebensmittel zu

eruiieren welche zu einer Verschlimmerung der SI beitragen sowie Betroffene über Nahrungsmittel welche die Darmperistaltik stimulieren (Kaffee, Kräuter) oder eine natürlich abführende Wirkung haben wie z.B.: Pflaumen und Feigen zu informieren. Studien weisen darauf hin, dass ein Ernährungstagebuch dem/der BeraterIn sowie dem/der PatientIn dabei unterstützen kann. (Allison, 2010; Ness, 2012)

Ness (2012) fand zudem heraus, dass neben der diätischen Regulierung der SI es wichtig ist die Betroffenen über individuelle Bewältigungsstrategien zu beraten. Wichtige Punkte, welche in der Studie aufgezeigt werden, sind die Hautreinigung und die Pflege der Haut. Es konnte aufgezeigt werden, dass Hautschädigungen das Wohlbefinden der Betroffenen verminderten.

Allison (2010) beschrieb, dass Bewältigungsstrategien, Ernährungsmodalitäten und die Selbstversorgung einige der wichtigsten Punkte sind, welche im Rahmen einer Beratung vermittelt werden sollen.

Die Ernährungsberatung spielte auch in der Patientenbefragung von Dlugosch (2008) eine zentrale Rolle. Die aus der Befragung gewonnenen Daten ergaben, dass die Maßnahmen welche zur Bewältigung von Belastungen beitragen können, erweitert werden müssen. Darunter befand sich die Ausweitung der psychologischen Beratung, welche nicht nur für Betroffene einen wichtigen Punkt darstellt, sondern auch den Angehörigen zur Verfügung gestellt werden sollte. Ebenso wurde festgestellt, dass neben einer individuellen Hilfsmittelberatung durch geschultes Fachpersonal, den Betroffenen geeignete Maßnahmen für die Freizeitgestaltung sowie für Bewegungsangebote, aufgezeigt werden sollten. Die Befragung ergab des Weiteren, dass Stressbewältigung sowie Entspannungsmethoden als Zusatzangebot in den Mittelpunkt der PatientInnenbetreuung gerückt werden sollte. (Dlugosch, 2008)

Helewa et al. (2017) und Dlugosch (2008) erörterten in ihren Arbeiten auch die Wichtigkeit der Öffentlichkeitsarbeit. Die Studien weisen darauf hin, dass die Aufklärung der Öffentlichkeit eine wichtige Strategie ist, um Vorurteile abzubauen und das Thema SI zu enttabuisieren. Es wurde ebenso festgestellt, dass die Beratung und die Aufklärung nicht nur am Betroffenen selbst stattfinden sollte, sondern die Umwelt ebenso integriert werden sollte. Angehörige sollten durch

gezielte Beratung entlastet und bestärkt werden, ihren Angehörigen als Ressource zur Verfügung zu stehen.

Es wurde beschrieben dass SI als komplexes Thema, nicht nur durch eine Berufsgruppe beraten werden sollte. Ergebnisse einer Studie zeigten die Wichtigkeit über das Zusammenspiel eines multidisziplinären Teams auf, dieses sollte sich aus dem/der behandelnden Arzt/Ärztin, der professionellen Krankenpflege und der Physiotherapie zusammensetzen. (Meyer and Richter, 2015)

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassende Beantwortung der Forschungsfrage

Die Literatursichtung hat eindeutige Ergebnisse hervorgetragen. Jede, für das Review verwendete, Literatur konnte am Ende psycho-soziale Auswirkungen und Belastungen präsentieren. Die, in der verwendeten internationalen Literatur, hervorgegangenen Ergebnisse waren bezüglich ihres Outcomes sehr ähnlich. Es konnten deutliche psychische Belastungen sowie soziale Auswirkungen erkannt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass zu den häufigsten psychischen Belastungen das Schamgefühl und das geringe Selbstwertgefühl gehört, auch Angst und Trauer spiegeln sich in jeder Literatur wieder. Eine deprimierte Verstimmung bis hin zu einer Depression beeinflussen das Wohlbefinden der Betroffenen enorm. (Dlugosch, 2008; Olsson and Berterö, 2015)

Soziale Auswirkungen ergeben sich in allen Bereichen. Das Arbeiten ist für Betroffene oft nicht, oder nur in einem beschränkten Ausmaß möglich. Dies wiederum beeinflusst auch die finanzielle Belastung. Treffen mit Freunden und Bekannten werden aufgrund der Angst vor Blamage oft abgesagt. Auch sportliche Aktivitäten werden weitgehend vermieden. Die Partnerschaft und die oft damit

verbundene Sexualität wird meist nicht mehr ausgelebt. Auch die Familiensituation kann sich negativ verändern. (Olsson and Berterö, 2015)

Betroffene äußern vermehrt den Wunsch nach Beratung und Information durch das Pflegepersonal, was das heikle Thema der SI betrifft. (Kummer et al., 2008)

Beratung über Inkontinenzprodukte, Ernährungsmöglichkeiten, Selbstpflege, Bewältigungsstrategien und Freizeitgestaltung sind wesentliche Punkte um Betroffene in ihrer Lebenslage zu unterstützen. (Allison, 2010)

Wichtige Aspekte der pflegerischen Beratung sind auch die Beratung von Angehörigen sowie die Sensibilisierung der Umwelt, damit Vorurteile abgebaut werden können und SI ein Stück weit enttabuisiert wird. (Dlugosch, 2008)

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieser Arbeit ist es in der internationalen Literatur zu eruieren zu welchen psychosozialen Auswirkungen die Stuhlinkontinenz führt und welche Möglichkeiten der Beratung es für die professionelle Pflege gibt.

Für dieses Review wurden 8 Studien verwendet um die psycho-sozialen Auswirkungen der SI und die Möglichkeiten in der Beratung zu beschreiben.

Obwohl Prävalenzzahlen besagen, dass etwa 2-15% der Bevölkerung von Stuhl- oder Analinkontinenz betroffen sind, wird diese im Vergleich zur Harninkontinenz weitaus weniger beschrieben und untersucht. (Hayder-Beichel, 2012) Die Begründung hierfür könnte sein, dass die Betroffenen sich oft weniger dazu bekennen und aus verschiedensten Motiven keine Hilfe aufsuchen. Dadurch bleibt das Thema SI im Verborgenen. (Brown et al., 2017)

Die Ergebnisse, welche in diesem Review aufgezeigt werden, zeigen dass SI die betroffenen Personen maßgeblich negativ in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt. In allen Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass es nicht nur zu physischen Auswirkungen kommt, sondern SI sowohl psychische Belastungen als auch soziale Auswirkungen auf das tägliche Leben der Betroffenen hervorruft.

Das Gefühl des Schams und der Hilflosigkeit wird auch in den Studien von Johnsen et al. (2009), Kummer et al. (2008), Norton (2004) und Schön (2017) beschrieben.

Die Entwicklung von Scham könnte darauf zurück zu führen sein, dass die Kontrolle über unsere Stuhlausscheidung einer der ersten Entwicklungsschritte in die Sozialisierung ist. Kindern wird gelernt und bewusstgemacht, dass das Einkoten in die Unterhose etwas Schmutziges ist und von der sozialen Umgebung nicht akzeptiert wird. (Norton, 2004)

Dementsprechend beschreibt Johnsen et al. (2009), dass Scham in Bezug auf SI unter anderem auf dem Aspekt der Unreinheit beruht. Das Gefühl der Unreinheit und das daraus entwickelte Schamgefühl kann dazu führen, dass Betroffene sich isolieren.

Ein weiterer Aspekt der das tägliche Leben der Betroffenen maßgeblich beeinflusst ist das Gefühl der Hilflosigkeit. (Dlugosch, 2008; Helewa et al., 2017; Johnsen et al., 2009; Schön, 2017) Diese ergibt sich meist aufgrund der Unvorhersehbarkeit von Stuhlleckagen. Diese Unvorhersehbarkeit führt wiederum zu Stress, welcher die Symptomatik der SI verschlechtert. (Dlugosch, 2008)

Hilflosigkeit könnte unter anderem dadurch verstärkt werden, indem das verwendete Inkontinenzprodukt keinen zuverlässig Schutz bietet und die Menge des Stuhles nicht auffassen kann. Auch der dadurch entstehende Geruch lässt viele Betroffenen nicht am sozialen Alltagsleben teilnehmen. (Schön, 2017)

Einen weiteren und neuen Aspekt, welcher sich auf das tägliche Leben der Betroffenen bezieht, beleuchtete Johnsen et al.(2009) indem der Zeitverbrauch angesprochen wird. Personen mit SI verbringen viele Stunden in der Woche mit deren Toilettenprozedere, Zeit die für andere Aktivitäten aufgewendet werden könnte. Aufgrund des Zeitaufwandes, der mit den Toilettenaufenthalten verbunden ist, wird die Zeit, die für soziale Kontakte zu Verfügung steht verkürzt.

Der von Johnsen et al. (2009) beschriebene zeitliche Aspekt könnte auch erklären warum es, wie bei Wilson (2007) erwähnt, den meisten Betroffenen nicht möglich ist ihre Arbeit im vollen bzw. im gewünschten Ausmaß aufzunehmen oder diese sogar gekündigt werden durch ihren Arbeitgeber.

Der unwillkürliche Stuhlverlust in öffentlichen Räumen oder in intimen Situationen führt dazu, dass Betroffene das soziale Umfeld sofort verlassen um sich der Intimhygiene in den eigenen vier Wänden zu widmen. Die Betroffenen kehren danach nicht mehr zur sozialen Aktivität zurück. Dies liegt unter anderem an der bereits beschriebenen zeitlichen Komponente. (Johnsen et al., 2009)

Diese Erkenntnisse, bezüglich der Freizeiteinschränkungen und dem gesteigerten Hygienebedarf sowie die soziale Isolation, decken sich mit den Ergebnissen von Dlugosch (2008).

Eine deprimierte Verstimmung, wie sie bereits von Dlugosch (2008) erwähnt wird, könnte darauf zurückzuführen sein, dass Betroffene viel Zeit und Energie dafür aufbringen sich zu Sorgen und sich ihre Gedanken meist um die Kontrolle ihrer Stuhlausscheidung drehen. (Johnsen et al., 2009) Diese Verstimmungen könnten auch der Grund sein, warum es innerhalb der Familie und in der Partnerschaft zu Problemen kommt. (Dlugosch, 2008; Wilson, 2007)

Die Reduzierung bzw. die Revision der Sexualität von Betroffenen (Wilson, 2007) bestätigt auch Johnsen et al. (2009). Die Angst plötzlich Stuhl zu verlieren und Gerüche zu erzeugen, veranlasst Betroffene dazu körperliche Nähe zu meiden und sexuelle Beziehungen einzustellen. SI stellt für Betroffene eine, oft unüberwindbare, Hürde dar neue Partnerschaften einzugehen.

Betroffene empfinden sich selbst oft als Zumutung für ihre Umgebung und leiden an diesem Umstand. Jedoch muss Inkontinenz nicht hingenommen werden, mittlerweile gibt es verschiedene Möglichkeiten in der Behandlung von SI. Neben der medizinischen Behandlung ist es auch in der Pflege möglich, den Betroffenen Optionen darzulegen um deren Wohlbefinden zu verbessern. (Schön, 2017) Obwohl es Behandlungsmöglichkeiten gibt, fühlen sich 70,8% der Betroffenen nicht gut beraten. (Dlugosch, 2008)

Ein wichtiger Schritt um diesem Ergebnis gegen zu steuern ist eine ärztliche Abklärung sowie das Erstellen und Einhalten eines Therapieplans und schließlich auch die Aufklärung bzw. das Nahebringen von Hintergrundwissen an das Pflegepersonal. (Schön, 2017) Wünschen sich doch viele Betroffene mehr Beratung durch das Pflegepersonal. (Kummer et al., 2008)

Patienten werden vorwiegend in den Krankenhäusern über den Vollzug des Stuhlganges vom medizinischem Personal, ÄrztInnen sowie KrankenpflegerInnen, befragt. Dies geschieht meist nebenbei und Betroffene wollen aus Scham dieses Thema nicht ausführlich besprechen. Zudem wäre auch der zeitliche Aspekt eine Erklärung für die verminderte Hilfesuche. PatientInnen beklagen, dass die Zeit welche ihnen für das Gespräch mit dem Gesundheitspersonal zur Verfügung steht zu kurz bemessen ist, um über ein solches Tabuthema zu sprechen. (Brown et al., 2017)

Schön (2017) bestätigt ebenso, dass es aufgrund von Scham zu einer Verheimlichung der Erkrankung kommt. Stimmig hierzu ist auch Meyer & Richter (2016) indem sie empfehlen, dass PatientInnen über das Vorhandensein einer SI befragt werden sollten und das Gesundheitspersonal sich nicht auf die freiwillige Berichterstattung der PatientInnen verlassen sollte. Durch die Befragung können auch potenzielle Risikofaktoren, welche zu einer SI führen können, aufgedeckt werden und Präventionsmaßnahmen getroffen und eine Beratung angestrebt werden.

In der Beratung tätiges Pflegepersonal sollte nach Kummer et al. (2008) vor allem Empathie und Verständnis sowie Kommunikationsbereitschaft mitbringen. Dies bestätigt auch Norton (2004) indem sie beschreibt, dass PatientInnen sich InformantInnen wünschen welche sensibel und fürsorglich sind und welche auf ihre Bedürfnisse eingehen.

Ness (2012) äußert die Wichtigkeit eines Assessments bezüglich SI welches durch professionelles Personal durchgeführt werden soll. Dies bekräftigen auch Meyer & Richter (2016) indem sie wichtige Punkte zu Eruiierung einer SI erörtern. Auch hier spiegeln sich Faktoren wie Stuhlhäufigkeit und deren Konsistenz sowie die Menge der Leckagen wieder. Die Empfehlung eines Darmtagebuches wird nochmals erwähnt.

Ebenso empfiehlt Schön (2017) pflegerelevante Erhebungen, welche die Punkte Ernährungs- und Lebensgewohnheiten, Stuhltagebuch, Stuhlgewohnheiten und Stuhlbeobachtung beinhalten.

Ergänzend zu Dlugosch (2008) welcher in der Beratung folgende zentrale Punkte erwähnt: Ernährung, Bewältigungsstrategien, Hilfsmittelberatung,

Freizeitgestaltung, Sportangebote, Entspannungsmethoden und Stressbewältigung setzt auch Schön (2017) neben dem fachlichen Wissen und den sozialen Kompetenzen auf die Beratung durch das Pflegepersonal. Wichtig ist es, die Betroffenen über die Haut- und Intimpflege zu beraten, über die verschiedensten Hilfsmittel sowie Beckenbodentraining oder Biofeedback. Die Ermutigung der PatientInnen, soziale Aktivitäten wieder auf zu nehmen, sollte ein wichtiger Punkt in der Beratung sein.

4.3 Limitationen

Für die Literaturrecherche wurden ausschließlich die Datenbanken PubMed und CINAHL verwendet, da dieses Thema auch sozialwissenschaftlich relevant ist, könnte es möglich sein, dass die Datenbank PsycINFO wichtige Erkenntnisse zu diesem Thema aufliegen hat, welche nicht berücksichtigt wurden.

4.4 Stärken

Eine Stärke dieses Reviews ist, dass der für die Studienbewertung verwendete Bewertungsbogen, auf bereits erprobten wissenschaftlich basierenden Erkenntnissen beruht.

5. Schlussfolgerung

Abschließend kann gesagt werden, dass SI viele Dimensionen des Lebens einschränkt. SI ist nicht nur eine körperliche Erscheinung, es kommt zu psychischen Belastungen und Auswirkungen auf das soziale Leben. Scham, geringes Selbstwertgefühl und Angst sind die häufigsten Gefühle, welche in Verbindung mit SI auftreten.

Inkontinenz ist in unserer Gesellschaft noch immer ein großes Tabuthema. Diese wird meist in Verbindung mit Altern und Pflegebedürftigkeit gebracht. Nicht immer

sind es aber Alte und Pflegebedürftige Menschen die von einer Inkontinenz betroffen sind. Inkontinenz kann jede Altersstufe betreffen und stellt das Leben der Betroffenen auf den Kopf. Oft leiden Betroffene an einer tiefen Trauer und nicht selten können sich Depressionen entwickeln. Ein normaler Tagesablauf ist meist nicht möglich, der Tag lässt sich nicht mehr frei gestalten sondern gestaltet sich nach der SI. Psychische sowie soziale Auswirkungen, wie soziale Isolation, konnten in allen Studien nachgewiesen werden. Ein weiteres Ergebnis war, dass aus verschiedensten Motiven oft keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Dies stellt die Pflegenden vor große Herausforderungen.

Diplomiertes Pflegepersonal sollte genau beobachten und hinterfragen können und Faktoren erkennen können welche zur Vermeidung führen, über dieses Thema zu sprechen. Nicht nur die fachliche Kompetenz ist in der Beratung wichtig. Gerade wenn es um intime Dinge wie die Inkontinenz geht, wird vom Pflegepersonal eine einfühlsame, verständnisvolle Art und Empathie gewünscht.

Eine gelungene Beratung durch Pflegende sollte sich immer an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. Mögliche Beratungsfelder könnten sein, die Ernährungsberatung, eine umfangreiche Beratung bezüglich der möglichen Hilfsmittel sowie Beratung und Information über die Körperhygiene und passende Pflegeprodukte. Stressbewältigung und Bewältigungsstrategien sind ebenso wichtige Eckpfeiler in der Beratung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass viele Betroffene maßgeblich in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind und dass die Bereiche der Beratung, der Schulung sowie der Information für die Pflege noch ausbaufähig sind.

Auch wissen viele Betroffene nicht, an welche Stelle sie sich überhaupt wenden können. Daher sollte die Öffentlichkeitsarbeit forciert und nicht in den Hintergrund gerückt werden.

5.1 Empfehlung für die Praxis

Aufgrund der Erkenntnis, dass Personen die von SI betroffen sind, aus verschiedensten Gründen keine Hilfe suchen oder das Problem der SI nicht

ansprechen wäre es besonders wichtig für das Krankenpflegepersonal Barrieren, welche zur Vermeidung führen, zu erkennen und damit eine gezielte Beratung stattfinden kann.

Der Aufbau einer persönlichen und vertrauensvollen Beziehung zwischen Betroffenen und dem diplomierten Pflegepersonal ist maßgeblich wichtig, um eine Beratung durchführen zu können. Um diese Beziehung aufzubauen sind gewisse Grundvoraussetzungen zu erfüllen. Der/die Beratende sollte die Tätigkeit in erster Linie gerne ausführen und Empathie sowie Verständnis mitbringen. Genaues Zuhören und nachfragen sind zentrale Punkte in der Kommunikation mit PatientInnen. (Kummer et al., 2008)

Schulung von Pflegepersonal bezüglich Ursachen, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten der SI wären wichtig um das Personal diesbezüglich zu sensibilisieren.

Aufgrund der Ergebnisse ist eine psychologische Beratung/Betreuung sowie eine Ernährungsberatung und eine Kontinenzberatung von großer Bedeutung. (Dlugosch, 2008)

Für die Praxis wäre ein Leitfaden zu empfehlen, indem wesentliche Beratungspunkte angeführt sind. Wichtige Bestandteile diesbezüglich sind die Ernährung, die Wahl des Inkontinenzproduktes bzw. andere Hilfsmittel wie z.B.: Anal Plugs und Hygieneartikel sowie die Vermittlung von Bewältigungsstrategien und der Weitervermittlung an Selbsthilfegruppen.

5.2 Empfehlung für die Forschung

Die Thematik der Beratung bezüglich SI sollte mehr in den Fokus gerückt werden. Ein mögliches Forschungsfeld wäre, herauszufinden was sich Betroffene in einer Beratung erwarten bzw. welche Themen vordergründig sind. Des Weiteren wäre es wichtig zu erforschen, inwieweit eine individuelle pflegerische Beratung sich auf das tägliche Leben der Betroffenen auswirkt.

6. Literaturverzeichnis

- ABRAMS, P., CARDOZO, L., WAGG, A., WEIN, A. 2017. *Incontinence: 6th International Consulation on Incontinence*, Tokio.
- ALLISON, M. 2010. Conservative management of faecal incontinence in adults. *Nursing Standard*, 24, 49-56.
- BROWN, H. W., ROGERS, R. G. & WISE, M. E. 2017. Barriers to seeking care for accidental bowel leakage: a qualitative study. *International urogynecology journal*, 28, 543-551.
- BUNDESKANZLERAMT ÖSTERREICH 2017, *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe*. Fassung vom 09.11.2017, Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> (Stand 2017-11-09)
- DLUGOSCH, G. E. 2008. Psychosoziale Aspekte der Stuhlinkontinenz– Ergebnisse einer Patientenbefragung. *coloproctology*, 30, 154-157.
- FOND GESUNDES ÖSTERREICH 2017, *Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung*. Verfügbar unter: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wpcontent/uploads/2017/06/gz_langfassung_de_20170626.pdf (Stand 2017-10-14)
- FOND GESUNDES ÖSTERREICH 2017, *Gesundheitsziele Österreich. Psychosoziale Gesundheit fördern*. Verfügbar unter: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/psychosoziale-gesundheit-foerdern/> (Stand 2017-10-14)
- HAWKER, S., PAYNE, S., KERR, C., HARDY, M. & POWELL, J. (2002). Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative health research*, 12(9), 1284 – 1299.
- HAYDER-BEICHEL, D. 2012. *Interdisziplinäre Kontinenzberatung: Patientenorientierte Pflege, Medizin und Therapie*, Kohlhammer Verlag.
- HELEWA, R. M., MOLOO, H., WILLIAMS, L., FOSS, K. M., BAKSH-THOMAS, W. & RAICHE, I. 2017. Perspectives From Patients and Care Providers on the Management of Fecal Incontinence: A Needs Assessment. *Diseases of the Colon & Rectum*, 60, 408-415.

- HEROLD, A., SPROCKAMP, B. & DLUGOSCH, G. E. 2005. *Stuhlinkontinenz: Der Ratgeber*, Weingärtner Verlag.
- JOHNSEN, V., SKATTEBU, E., AAMOT-ANDERSEN, A. & THYBERG, M. 2009. Problematic aspects of faecal incontinence according to the experience of adults with spina bifida. *Journal of rehabilitation medicine*, 41, 506-511.
- KUMMER, K., DÖREN, M. & KUHLMEY, A. 2008. Kommunikation der Ärzte und Pflegenden über Inkontinenz—eine Patientenperspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 267-273.
- MARIS, A., PENNINGCKX, F., DEVREESE, A., STAES, F., MOONS, P., CUTSEM, E., HAUSTERMANS, K. & D'HOORE, A. 2013. Persisting anorectal dysfunction after rectal cancer surgery. *Colorectal Disease*, 15.
- MENCHE, N. 2011. *Pflege heute: Lehrbuch für Pflegeberufe*, Elsevier, Urban&FischerVerlag.
- MEYER, I. & RICHTER, H. E. 2015. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Women's Health*, 11, 225-238.
- MEYER, I. & RICHTER, H. E. 2016. Evidence-Based Update on Treatments for Fecal Incontinence in Women. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 43, 93.
- MOHER, D., LIBERATI, A., Tetzlaff, J., & ALTMAN, D. G. 2011. Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta – Analysen. Das PRISMA – Statement. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136(08), e9 – e15.
- NESS, W. 2012. Faecal incontinence: causes, assessment and management. *Nursing Standard*, 26, 52-60.
- NORTON, C. 2004. Nurses, bowel continence, stigma, and taboos. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 31, 85-94.
- OLSSON, F. & BERTERÖ, C. 2014. Living with faecal incontinence: trying to control the daily life that is out of control. *Journal of clinical nursing*, 24, 141-150.
- SCHÖN, G. 2017. Eine Gratwanderung—selbst für erfahrene Pflegepersonen. *ProCare*, 22, 20-21.
- WILSON, M. 2007. The impact of faecal incontinence on the quality of life. *British journal of nursing*, 16.

XU, X., MENEES, S. B., ZOCHOWSKI, M. K. & FENNER, D. E. 2012. Economic cost of fecal incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum*, 55, 586-598.

7. Anhang

Bewertungen nach Hawker et al. (2002).

Bewertungsschema:

Good = 4

Fair = 3

Poor = 2

Very poor = 1

Lower scores = poor quality

Conservative management of faecal incontinence in adults (Allison, 2010)

Literaturreview

Gesamtpunkte: 28 von 32/36 (4 Punkte für das Sampling wurden von der Bewertung abgezogen, da es sich um ein Review handelt.)

1.) Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Fair: Titel wurde klar definiert. Es wurde angeführt, dass es sich um ein „double-blind review“ handelt, ebenso wurden dessen Inhalte angegeben. Keywords sind vorhanden. Schlussfolgerung fehlt.

2.) Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair: Hintergründe wurden kurz beschrieben, das Ziel wurde klar formuliert.

3.) Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Fair: Methode wurde zwar nur kurz unter der Zusammenfassung erwähnt, jedoch gut nachvollziehbar.

4.) Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Dieser Punkt wird aus der Bewertung genommen, da es sich um ein Review handelt.

5.) Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Fair: Diese fehlte, jedoch handelt es sich hier um ein Review.

6.) Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good: Aufgrund des Reviews ergaben sich keine ethischen Aspekte

7.) Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good: Ergebnisse wurden verständlich dargestellt.

8.) Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good: Die Erkenntnisse dieser Studie sind für alle Gesundheits- und KrankenpflegerInnen relevant.

9.) Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good: Es werden Übungen und Empfehlungen angeführt, welche auch in der Praxis der Gesundheit- und Krankenpflege einsetzbar sind

Barriers to seeking care for accidental bowel leakage: a qualitative study

(Brown et al., 2017)

Gesamtpunkte: 34 von 36

1.) Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good: Titel ist vorhanden. Abstract beinhaltet Hypothese, Methode, Resultate und eine Zusammenfassung.

2.) Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good: Ausführlicher Hintergrund. Ziel der Studie ist die Beschreibung der Gründe, warum keine Hilfe bei SI oder HI aufgesucht wird.

3.) Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good: Es wurden Fokusgruppen und semistrukturierte kognitive Interviews durchgeführt.

4.) Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Fair: Es nahmen nur Frauen an der Studie teil. 39 Frauen wurden ausgewählt, es gab verschiedenste Ausschlusskriterien.

5.) Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good: Alle Interviews und Gruppensitzungen wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Die erhaltenen Daten wurden von zwei unabhängigen Forschern kodiert und diskutiert. Es wurden drei Überthemen gebildet, in diese konnten verschiedenste Barrieren kategorisiert werden. Dies erfolgte bis zur Datensättigung.

6.) Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good: Die Studie wurde von der Gesundheitsbehörde frei gegeben.

7.) Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good: Es wurden drei Überthemen und darunter 12 Barrieren festgestellt und genauer beschrieben.

8.) Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Fair: Es wurden nur Frauen in die Studie inkludiert. Die Datensammlung wurde jedoch bis zur Datensättigung durchgeführt.

9.) Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good: Es wird eine Forschungsempfehlung angegeben: Welche Barrieren würden sich durch Information verringern lassen?

Empfehlung für die Praxis: Verbreitung von Information über Prävalenz, Ursache und die Möglichkeiten der Therapie.

Psychosoziale Aspekte der Inkontinenz – Ergebnisse einer Patientenbefragung (Dlugosch, 2008)

Gesamtpunkte: 28 von 36

1.) Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Poor: Es wird die Methode der Arbeit gut beschrieben, jedoch kein Hintergrund und keine Resultate.

2.) Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair: Es gibt eine klare Aussage darüber, welchen Aufschluss die Befragung bringt. Der Hintergrund fehlt, da es sich hier um eine Befragung handelt.

3.) Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good: Fragebogenstudie zwischen 2005 und 2006 – online oder in Papierform. Diese Daten wurden im Zentrum für empirische pädagogische Forschung ausgewertet.

4.) Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Fair: Es wurde nicht beschrieben wie die Stichprobe rekrutiert wurde. Jedoch eine ausführliche Angabe über: Größe der Stichprobe (137 Personen), Anteil der männlichen und weiblichen Studienteilnehmer (m=51,8%/w=48,2%), Alter der teilnehmenden Personen und deren Einteilung in Altersgruppen und dass die Gruppe der 40- 60-jährigen am stärksten vertreten ist, wie lange die Teilnehmer schon an SI leiden.

5.) Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Very poor: Keine Angaben zur Datenanalyse

6.) Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good: Aufgrund der freiwilligen Befragung ergaben sich keine ethischen Diskrepanzen.

7.) Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good: Die Ergebnisse wurden gut präsentiert und zum Großteil auch in Diagrammen dargestellt.

8.) Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Fair: Die Zahlen sind aufschlussreich, da aber vergleichsweise viele Männer teilgenommen haben ist die Stichprobe nicht repräsentativ.

9.) Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good: Die Ergebnisse können in der Praxis angewandt werden, um Beratung und Betreuung zu optimieren.

Perspectives From Patients and Care Providers on the Management of Fecal Incontinence: A Needs Assessment (Helewa et al. 2017)

Gesamtpunkte: 34 von 36

1.) Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good: Klarer Titel. Abstract ist gut strukturiert und enthält alle Angaben außer dem Ziel.

2.) Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good: Ausführlicher Hintergrund. Zwei Ziele wurden festgelegt.

3.) Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good: Qualitative Studie. Es wurden semistrukturierte Interviews im Zeitraum von August 2015 bis November 2015 durchgeführt. Diese wurden aufgezeichnet und transkribiert.

4.) Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Fair: Stichprobengröße wurde angegeben: 16 Partizipanten. Es fehlen aber nähere Informationen zur Rekrutierung.

5.) Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good: Datenanalyse wurde beschrieben: Daten wurden analysiert mit NVivo. Es wurde eine Kodierung vorgenommen und die Ergebnisse in Themen gegliedert.

6.) Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good: Es erfolgte eine Zustimmung durch die Ottawa Health Science Network Research Ethics.

7.) Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good: Ergebnisse wurden in 17 Themen aufgeschlüsselt und erklärt.

8.) Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Fair: Kontext und Setting ist kurz beschrieben und ermöglicht einen Vergleich mit anderen Settings.

8.) Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good: Es zeigt das es in der Praxis noch an Weiterbildung bezüglich FI fehlt. Bei der Behandlung der FI sollte es vermehrt um die Verbesserung der Lebensqualität gehen und weniger um die Verminderung der Inkontinenz Episoden.

Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women

(Meyer & Richter, 2015) Literaturreview

Gesamtpunkte: 27 von 32/36 (4 Punkte für das Sampling wurden abgerechnet, da es sich um ein Review handelt.)

1.) Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Fair: Klarer Titel, kurzer Hintergrund aber kein Abstract. Es ist aber ersichtlich, dass es sich um ein Review handelt.

2.) Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair: Guter und ausführlicher Hintergrund aber keine Ziel Formulierung.

3.) Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Fair: Es handelt sich um ein Review, Keywords sind vorhanden aber es lässt sich nicht erörtern wo nach der Literatur recherchiert wurde.

4.) Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Dieser Punkt wird aus der Bewertung genommen, da es sich um ein Review handelt.

5.) Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Fair: Die Datenanalyse fehlte, da es sich um ein Review handelt.

6.) Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good: Da es sich um ein Review handelt, ist die Zustimmung einer Ethik Kommission hinfällig.

7.) Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good: Die Ergebnisse wurden in Themengebiete präsentiert und waren sehr ausführlich.

8.) Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Fair: Ja

9.) Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good: Es wird aufgezeigt, dass es an Kontinenzbildungen mangelt. Sowohl für die Öffentlichkeit als auch für Gesundheitspersonal.

Faecal incontinence: causes, assessment and management (Ness, 2012)

Literaturreview

Gesamtpunkte: 28 von 32/36 (4 Punkte für das Sampling wurden abgerechnet, da es sich um ein Review handelt)

1.) Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good: Titel kurz und Aussagekräftig. Abstract vorhanden.

2.) Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good: Definition, Prävalenz und Gründe der SI sowie die Wichtigkeit des SI Managements sollen ermittelt werden.

3.) Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Fair: Keywords sind vorhanden, es wurde nicht angegeben in welchen Datenbanken gesucht wurde.

4.) Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Dieser Punkt wird aus der Bewertung genommen, da es sich um ein Review handelt.

5.) Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Fair: Die Datenanalyse fehlte, da es sich um ein Review handelt.

6.) Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good: Da es sich um ein Review handelt, ist die Zustimmung einer Ethik Kommission hinfällig.

7.) Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good: Ergebnisse wurden gut und anschaulich präsentiert.

8.) Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Fair: Ja

9.) Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Fair: Die Ergebnisse dienen vermehrt der Information über Möglichkeiten in der Behandlung/Beratung bei SI.

Living with faecal incontinence: trying to control the daily life that is out of control (Olsson and Berterö, 2015)

Gesamtpunkte: 35 von 36

1.) Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good: Titel vorhanden. Abstract enthält alle Informationen.

2.) Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good: Ausführlicher Background. Ziel: Die erlebten Erfahrungen von Betroffenen zu identifizieren und zu beschreiben und zu zeigen wie sie sich auf das tägliche Leben auswirken.

3.) Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good: Anhand eines Interviewleitfadens wurden qualitative Interviews erhoben, aufgezeichnet und transkribiert.

4.) Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good: 15 Frauen und 5 Männer wurden vorab ausgewählt. Diese wurden durch einen Koordinator auf der kolorektalen Chirurgie und durch Therapeuten auf der Ambulanz eines Krankenhauses rekrutiert. Es wurden Einschlusskriterien festgelegt. Die Informanten erhielten ein Informationsblatt über die Studie und eine Einladung zur Teilnahme an dieser. Nach einem Testinterview, welches als qualitativ hochwertig eingestuft wurde, wurden aus den 15 Informanten fünf Partizipanten ausgewählt die an der Studie teilnahmen.

5.) Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good: Datenanalyse wurde anhand der IPA-Methode durchgeführt und wurde ausreichend beschrieben.

6.) Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good: Alle Teilnehmer wurden informiert und stimmten schriftlich zu. Die Studie wurde vom klinischen Leiter genehmigt. Nach schwedischem Recht war für diese Studie keine Ethikzustimmung nötig. Es wurde sich an alle ethischen Richtlinien gehalten.

7.) Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good: Ergebnisse wurden klar beschrieben und in Themen unterteilt.

8.) Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good: Ja

9.) Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Fair: Die Ergebnisse können hilfreich für die Praxis sein damit Betroffene, welche mit SI leben, besser verstanden werden können.

The impact of faecal incontinence on the quality of life (Wilson, 2007)

Gesamtpunkte: 29 von 36

1.) Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Poor: Im Abstract wurde das Ziel nicht klar formuliert, das Design und die Methode der Studie fehlen gänzlich.

2.) Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair: Hintergrund wird angeführt und Lücken aufgezeigt. Ziel der Studie nicht direkt angegeben. Diese Studie ist ein Part einer größeren Studie.

3.) Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Fair: Interviews und „grounded theory“ wurden als Methode angeführt, jedoch nicht ausführlich erörtert.

4.) Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good: Es wurden 11 Informanten durch die betreuende Gemeindegeschwester, zehn Personen aufgrund der Werbeeinschaltung und eine Person welche dem Forscherteam bereits bekannt war rekrutiert.

5.) Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Fair: Die Datenanalyse ist kurz beschrieben, jedoch nicht ausführlich.

6.) Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Fair: Studie wurde von der Ethikkommission genehmigt. Es wurden keine Angaben dazu gemacht, ob die Zustimmung schriftlich oder mündlich erfolgte.

7.) Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good: Ja, Ergebnisse wurden klar dargestellt.

8.) Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good: Ja

9.) Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Fair: Die Ergebnisse können hilfreich für die Praxis sein damit Betroffene, welche mit SI leben, besser verstanden werden können.