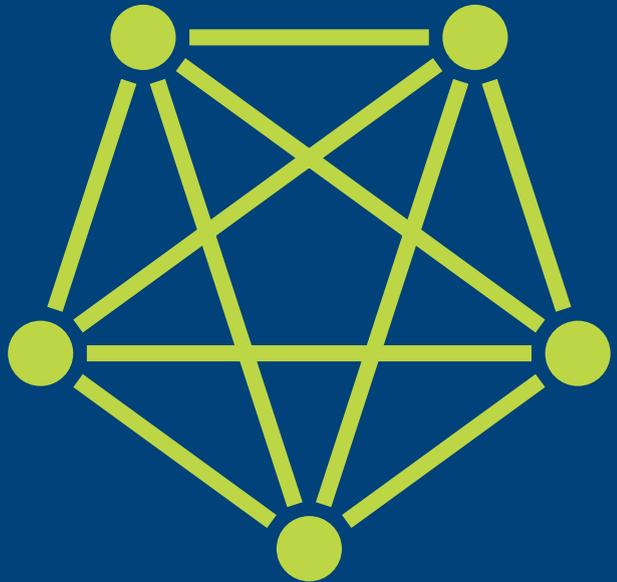


Nicoletta Seizmair

Bedingungen von Therapiemotivation bei Menschen im höheren Lebensalter

Am Beispiel professioneller Strategien
gegen Inkontinenz



Seizmair
**Bedingungen von
Therapiemotivation bei
Menschen im höheren
Lebensalter**

**Projektreihe der
Robert Bosch Stiftung**



Reihe Multimorbidität im Alter

Seit Mitte 2004 eröffnet das Graduiertenkolleg «Multimorbidität im Alter» jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Chance, über ein Thema im Zusammenhang mit multimorbiditätsbezogenen Phänomenen im höheren Lebensalter zu promovieren. Kennzeichen dieses – von der Robert Bosch Stiftung geförderten – Kollegs ist Interdisziplinarität im Sinne einer Bündelung unterschiedlicher fachlicher Perspektiven auf Probleme von mehrfach erkrankten älteren Menschen.

Erste Sprecherin des Kollegs: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei
Geschäftsführung: Dr. Stefan Blüher

Weitere Informationen: www.gradmap.de

Die 13 Bände:

Ahnis

Bewältigung von Inkontinenz im Alter

ISBN 978-3-456-84709-2

Boguth

Harninkontinenz im Pflegeheim

ISBN 978-3-456-84710-8

Bölicke

Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege

ISBN 978-3-456-84711-5

Bornschlegel

**Erkennen von Schmerzzuständen bei
aphasischen Menschen**

ISBN 978-3-456-84712-2

Braumann

**Information und ihre Bedeutung bei
Harninkontinenz**

ISBN 978-3-456-84713-9

Fischer

**Schmerzeinschätzung bei Menschen mit
schwerer Demenz**

ISBN 978-3-456-84714-6

Holzhausen

Lebensqualität multimorbider älterer Menschen

ISBN 978-3-456-84715-3

Kopke

**Schmerzreduktion durch Atemstimulierende
Einreibung bei älteren mehrfach erkrankten
Menschen**

ISBN 978-3-456-84716-0

Kummer

Kommunikation über Inkontinenz

ISBN 978-3-456-84717-7

Mathes

Zu Hause im Pflegeheim

ISBN 978-3-456-84718-4

Seither

**Lebensqualität von pflegenden Angehörigen
älterer Menschen**

ISBN 978-3-456-84719-1

Seizmair

**Bedingungen von Therapiemotivation bei
Menschen im höheren Lebensalter**

ISBN 978-3-456-84720-7

Struppek

Patientensouveränität im Pflegeheim

ISBN 978-3-456-84721-4

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter www.verlag-hanshuber.com.

Nicoletta Seizmair

Bedingungen von Therapiemotivation bei Menschen im höheren Lebensalter

**Am Beispiel professioneller Strategien gegen
Inkontinenz**

Verlag Hans Huber

Anschrift der Autorin:
Nicoletta Seizmair
Abt-Petto-Str. 9
DE-82041 Oberhaching

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Peter E. Wüthrich
Umschlag: Claude Borer, Basel
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

Zugleich Dissertation der Humboldt-Universität zu Berlin.

1. Auflage 2011
© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN 978-3-456-94720-4)
ISBN 978-3-456-84720-7

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
2	Theoretische Grundlagen	15
2.1	Inkontinenz – das verschwiegene Gesellschaftsproblem.....	15
2.1.1	Die Klassifikation, Diagnostik und Therapie von Inkontinenz.....	15
2.1.2	Inkontinenz in Zahlen und Fakten	22
2.1.3	Psychosoziale Aspekte von Inkontinenz	26
2.1.4	Die Versorgungssituation von Inkontinenz	27
2.1.5	Die Kontinenzberatung als Best-Practice-Strategie	29
2.1.6	Der aktuelle Forschungsstand.....	31
2.2	Motivation als Grundlage einer erfolgreichen Therapie.....	34
2.2.1	Die Geschichte der Motivationsforschung	34
2.2.2	Definition und Entwicklung des Begriffes Therapiemotivation	36
2.2.3	Therapiemotivation als Prädiktor für eine erfolgreiche Therapie	40
2.2.4	Das „Attitude – Social influence – self-Efficacy“ Modell.....	45
2.3	Ziele und Fragestellungen dieser Forschung	53
3	Methoden.....	55
3.1	Das Forschungsdesign.....	55
3.2	Die Konzeptions- und Planungsphase.....	58
3.2.1	Die Recherche als Basis des Forschungskonzeptes	59
3.2.2	Die Fokusgruppe als Grundlage der Instrumentenerstellung.....	59
3.2.3	Die Operationalisierung der Forschungsaspekte.....	61
3.2.4	Die verwendeten Erhebungsinstrumente.....	63
3.3	Feldphase.....	66
3.3.1	Die Gestaltung des Feldzuganges.....	66
3.3.2	Einzelheiten zur Datenerhebung.....	67
3.3.3	Vorkehrungen im Sinne des Datenschutzes	69
3.3.4	Resümee der Datenerhebung.....	70
3.4	Auswertung des Datenmaterials.....	71
3.4.1	Die Transkription des primären Datenmaterials	71
3.4.2	Die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse.....	72
3.4.3	Die Konstruktion der Motivationstypen.....	75
4	Ergebnisse.....	79
4.1	Die Rahmenbedingungen von Therapiemotivation	79

4.1.1	Personenbezogene Aspekte als Determinanten von Therapiemotivation	81
4.1.2	Kontextbezogene Aspekte als Determinanten von Therapiemotivation	84
4.2	Förderliche und hemmende Faktoren von Therapiemotivation	89
4.2.1	Motivationsförderliche Aspekte	89
4.2.2	Motivationshemmende Aspekte	96
4.3	Die Motivationstypen	101
4.3.1	Entwicklung der Vergleichsdimensionen	101
4.3.2	Initiativorientiertes Therapiemotivationsmodell	111
4.3.3	Charakterisierung der Motivationstypen	114
5	Diskussion	119
5.1	Die Ergebnisbewertung	119
5.1.1	Diskussion der Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Therapie	120
5.1.2	Diskussion der förderlichen respektive hemmenden Einflussfaktoren von Therapiemotivation	123
5.1.3	Diskussion der Typenbildungsergebnisse	128
5.1.4	Die Anwendbarkeit der Ergebnisse in der Praxis	135
5.2	Methodendiskussion und Beurteilung der Güte dieser Studie	137
6	Implikationen für die Praxis	141
7	Zusammenfassung und Ausblick	147
	Literaturverzeichnis	151

1 Einleitung

„Die demographische Alterung wird in den kommenden Jahrzehnten zu einem bestimmenden Element der demographischen, sozioökonomischen und politischen Entwicklung Deutschlands werden.“

Charlotte Höhn, Direktorin des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (in Thieme, 2008: 65)

Neueste Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes bestätigen vorangegangene Schätzungen und damit auch den Handlungsbedarf, der auf politischer und gesellschaftlicher Ebene auf Deutschland zukommen wird. 2060 wird demnach jeder dritte Mensch in Deutschland 65 Jahre und älter sein. Momentan trifft dies auf jeden Fünften zu. Der Anteil der über 80-Jährigen wird in den nächsten 50 Jahren sogar von derzeit 5 Prozent auf 14 Prozent ansteigen. Das heißt, dass im Jahre 2060 jeder siebte Mensch in Deutschland 80 Jahre oder älter sein wird. (Statistisches Bundesamt 2009a)

Dieser mittlerweile viel diskutierte demografische Wandel in der Bevölkerungsstruktur ist zukünftig unausweichlich mit neuen Anforderungen an das System der sozialen Sicherung und die medizinische und pflegerische Versorgung verbunden. Vor allem das ansteigende Problem der Multimorbidität¹, das aus der wachsenden Anzahl der Menschen im höheren Lebensalter resultiert, stellt die Gesellschaft, die Politik und das Gesundheitswesen vor neue Probleme und Aufgaben (Renteln-Kruse 2001, RKI 2003).

Die gesundheitliche Verfassung ist für den Erhalt der Lebensqualität im Alter für hochaltrige Menschen besonders wichtig. Die neue Bundesregierung will durch ihre altenpolitischen Ansätze eine „erfolgreiche Generationenpolitik voranbringen, die es älteren Menschen möglichst lange erlaubt, ein unabhängiges und eigenverantwortliches Leben zu führen“ (Bundesregierung 2009: 72). Das gegenwärtige Bild vom „Alter“ als Lebensphase soll dabei revidiert werden, um dadurch einer neuen, zeitgemäßen Einstellung gegenüber älteren Menschen Platz zu machen, die von aktiver Teilhabe geprägt ist. Durch die Innovationspartnerschaft zum Thema „Gesundheit im Alter“ soll der Erhalt der Selbstbestimmung bis ins hohe Lebensalter vorangetrieben werden (Bundesregierung 2009). Empowerment, Unterstützung bei der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit sind die wichtigsten Faktoren für ein lebenswertes Altern, damit das vielfältige Angebot der medizinischen und pflegerischen Versorgung (Prävention, Akutbehandlung und Rehabilitation) greifen kann und die Lebensqualität und Würde auch im hohen Alter erhalten bleiben.

In der Realität ist die Situation der Menschen im höheren Lebensalter jedoch leider vielerorts durch altersspezifische Multimorbidität, einen damit verbundenen

¹ Multimorbidität bezeichnet die Präsenz mehrerer Krankheiten in Abfolge oder zum gleichen Zeitpunkt bei einer Person (Franke 1993).

Mangel an sozialen und finanziellen Ressourcen und in vielen Fällen auch eine unzureichende Gesundheitsförderung und -versorgung gekennzeichnet. Verdeutlichen lässt sich dieses Problem am Beispiel Inkontinenz². Hier kann man vor allem im Bereich der Prävention und Behandlung von Inkontinenz bei älteren Menschen ein großes Defizit feststellen. Die WHO bezeichnete Ende der 90er Jahre Inkontinenz als eines der letzten medizinischen Tabus³. Auch wenn sich in den Bereichen Forschung und Öffentlichkeitsarbeit einiges getan hat, ist dieses Tabu seitdem nicht endgültig gebrochen. Besonders im Bereich der Versorgung und Behandlung von Inkontinenz ist die Zahl der unbehandelten oder unzureichend versorgten Menschen hoch. Sehr viele Menschen verschiedener Altersstufen sind von dieser Problematik betroffen, vor allem jedoch Menschen im höheren Lebensalter, da mit höherem Lebensalter und zunehmender Multimorbidität die Wahrscheinlichkeit steigt, eine Harninkontinenz zu entwickeln. (Füsgen & Melchior 1997, Niederstadt et al. 2007, Welz-Barth 2007)

Die Angaben zur Prävalenz von Harninkontinenz bei über 60-Jährigen schwanken und liegen zwischen 12 und 58 Prozent bei Frauen und zwischen 4 und 28 Prozent bei Männern (Hunskaar et al. 2003). Während von den jüngeren Senioren doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen sind, gleichen sich die Prävalenzraten beider Geschlechter über 75 Jahren an (Cheater & Castleden 2000, Hunskaar et al. 2003, Niederstadt et al. 2007). Ungefähr 30 Prozent der über 80-Jährigen in Deutschland leiden an Inkontinenz (Welz-Barth 2007). Laut einer Schätzung werden im Jahre 2030 über 4,4 Millionen Menschen in Deutschland von Inkontinenz betroffen sein. Dies lässt den Handlungsbedarf erahnen, der speziell dieser Thematik in den Bereichen der pflegerischen und medizinischen Versorgung zukommen wird (Norton 1999, Weide 2001).

Trotz dieser Brisanz gibt es für dieses Krankheitsbild wenig öffentliches Interesse in Deutschland, da Inkontinenz kein lebensbedrohliches Krankheitssymptom darstellt. Zudem findet trotz einiger Vorstöße in die richtige Richtung (wie die Leitlinie Harninkontinenz oder der Nationale Expertenstandard Harninkontinenz)⁴ vielerorts immer noch eine Tabuisierung der Thematik statt (Nikolaus 2008).

Vor allem im Bereich der Pflege und Medizin führt der tabuisierende und unreflektierte Umgang mit Inkontinenz auf Seiten der Professionellen häufig dazu, dass

² Der Begriff Inkontinenz bedeutet im medizinischen Sinne das Unvermögen, vom Körper nicht verwertbare Stoffe aus der Nahrung kontrolliert zurückhalten zu können, was sowohl Stuhl- als auch Harninkontinenz inkludiert (Bogensberger et al. 2004). Die vorliegende Forschungsarbeit beschränkt sich auf das Gebiet der Harninkontinenz. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird der Begriff Inkontinenz synonym für Harninkontinenz verwendet.

³ Der Terminus „Tabu“ stammt ursprünglich aus dem Südseeraum, wo er etwas Furchteinflößendes, Schreckliches bezeichnet und somit für die Gesellschaft eine regulierende Funktion erfüllt. Im gesellschaftlichen Kontext moderner westlicher Kulturen werden Sachverhalte als Tabu bezeichnet, die mit Scham, Schuldgefühlen oder Peinlichkeit attribuiert sind. (Kuhlmeier & Rosemeier 2005)

⁴ Weitere Informationen hierzu unter www.degam.de (Leitlinie Harninkontinenz) und www.dnqp.de (Nationaler Expertenstandard Harninkontinenz).

vorhandene Therapien nicht eingesetzt werden. Überdies wird durch die Vorstellung, Inkontinenz sei eine unausweichliche Folge des Alterungsprozesses, in vielen Fällen irrtümlich davon ausgegangen, therapeutische Maßnahmen gegen Inkontinenz seien bei älteren Menschen nicht mehr erfolgversprechend (Fonda et al. 2002). Viele von Blasenschwäche Betroffene erhalten aus diesen Gründen keine professionelle Hilfe. Auch im Bereich der Prävention sind nur wenige Angebote vorhanden (Niederstadt et al. 2007).

In internationalen Forschungsarbeiten wird ferner belegt, dass mangelnde Informationen über Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten der Inkontinenz, Scham sowie subjektiv funktionierende Strategien seitens der Betroffenen für die fehlende Behandlung von Inkontinenz verantwortlich sein können (Horrocks et al. 2004, Milne 2000). Weitere häufig genannte Gründe sind lediglich geringfügige Einschränkungen der Lebensqualität durch Inkontinenz, das bereits genannte Missverstehen von Inkontinenz als zwangsläufige Alterserscheinung oder das Empfinden, die Symptome seien nicht schwerwiegend genug (Dugan et al. 2001, Hagglund et al. 2001, Kinchen et al. 2003, Yu et al. 2003, Teunissen et al. 2005). Mit dem Wissen, dass neben der fehlenden Bedrohlichkeit einer Erkrankung auch die mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz den Prozess des Hilfesuchens stark beeinflusst (Siegrist 2005), ist es nachvollziehbar, dass die Hemmschwelle hoch ist, gegen ein Problem wie Inkontinenz therapeutisch vorzugehen.

Die Konsequenz aus diesen Tatsachen ist vor allem für Betroffene folgenscher, da Inkontinenz meist mit massiven Einschränkungen der Lebensgestaltungsmöglichkeiten einhergeht. Häufig handelt es sich um psychologische und soziale Probleme, die mit ihren Konsequenzen weitreichende Beeinträchtigungen der Lebensqualität nach sich ziehen (GIH 2003, Beutel et al. 2005). Vor allem für Menschen im höheren Lebensalter ist die Problematik Inkontinenz mit zum Teil einschneidenden Veränderungen in ihrem Leben verbunden. Soziale Isolation, der Verlust von Selbstbestimmung bis hin zur Heimeinweisung (Hunskaar 1998, Boguth 2008) können Folgen von Inkontinenz sein. Eine erfolgreiche Inkontinenztherapie leistet demnach nicht nur einen Beitrag zur Verbesserung der Inkontinenz, sondern auch zur Steigerung der Lebensqualität und der Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Betroffenen (Kelleher 2000, Bradway 2003).

Abhängig von Ursache und Form der Inkontinenz gibt es zahlreiche wirksame Behandlungsmöglichkeiten (vgl. DEGAM 2004, DNQP 2007). Entweder kann durch eine adäquate Behandlung Kontinenz wiedererlangt oder durch ein gezieltes Inkontinenz-Management eine Versorgung erreicht werden, die es Betroffenen ermöglicht, ihr Leben ohne wesentliche Einschränkungen weiterzuführen (Weide 2001, GIH 2003).

In einer britischen Studie des Leicestershire MRC Incontinence Study Teams wurde die Effektivität einer gezielten Kontinenzschulung des Pflegepersonals nachgewiesen. Wartelisten für Operationen konnten dadurch verkürzt beziehungsweise unnötige operative Eingriffe vermieden und somit die Patientenzufriedenheit gesteigert werden (Matharu et. al. 2004).

Auch innerhalb des deutschen Versorgungssystems konnten die Bewältigungsmöglichkeiten von Kontinenzproblemen mit systematischen Schulungen beteiligter Berufsgruppen und der Implementierung einer Kontinenzberatung in geriatrischen Einrichtungen wesentlich verbessert werden. Weitere Projekte zur Verbesserung der Kontinenz wurden im Rahmen des Expertenstandards Förderung der Harninkontinenz durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) durchgeführt.⁵

Um mehr Betroffene erreichen und Therapien effektiver gestalten zu können, bedarf es einer strukturierten und adäquaten therapeutischen Herangehensweise. Die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Inkontinenztherapie beziehungsweise ein gelungenes Inkontinenzmanagement ist die Erreichbarkeit der Betroffenen und ihre Akzeptanz gegenüber adäquaten therapeutischen Maßnahmen. Bevor ein hilfreiches therapeutisches Angebot greifen kann, ist die Motivation der Betroffenen, etwas gegen ihr Problem unternehmen zu wollen, von entscheidender Bedeutung. Motivation im Zusammenhang mit Inkontinenztherapie ist demnach wie folgt definiert: Eine Person verfolgt ein Ziel (Kontinenz zu erlangen) und strengt sich kontinuierlich an, dieses Ziel zu erreichen.

Ergebnisse vorangegangener Forschungsarbeiten weisen auf einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Einschränkungen durch Inkontinenz und dem Motiv hin, sich therapeutische Hilfe zu suchen (Shaw 2001, Hannestad et al. 2002, Hagglund et al. 2003, O'Donnell et al. 2005). Dies lässt den Rückschluss zu, dass sich Betroffene mit stärker ausgeprägten Symptomen eher in Behandlung begeben als Betroffene mit einer schwächer ausgeprägten Inkontinenz. Es gibt jedoch zahlreiche weitere mögliche Einflussfaktoren auf Therapiemotivation.

Doch welche Rahmenbedingungen gibt es für die Akzeptanz professioneller Strategien gegen Inkontinenz beziehungsweise die Motivation, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, und wie können mehr Betroffene mit wirksamen therapeutischen Maßnahmen erreicht werden?

Auf dieses bislang nicht ausgeschöpfte Präventions- und Rehabilitationspotenzial bezieht sich das Thema dieser Dissertation. Die theoretischen Grundlagen werden im zweiten Kapitel erläutert.

Der erste Abschnitt beinhaltet dabei zunächst die Definition, die Formen und die Behandlungsmöglichkeiten von Harninkontinenz. Außerdem werden epidemiologische Gesichtspunkte sowie ein Ausblick in die Zukunft mit entsprechenden ökonomischen Folgen dargestellt. Doch welche Auswirkungen hat die Inkontinenz neben allen Fakten und Zahlen auf psychologischer Ebene und auf die Lebensqualität von Betroffenen? Wie wirkt sich dies auf das Hilfesuchverhalten aus und wie müsste eine Behandlung gegen Inkontinenz aufgebaut sein, um den genannten Besonderheiten

⁵ Beteiligte Einrichtungen sind auf der Homepage des DNQP (www.dnqp.de) aufgelistet.

ten der Problematik im Sinne einer „Best-Practice“⁶ gerecht werden zu können? Diese psychosozialen und therapieorientierten Aspekte finden neben der Beschreibung eines interdisziplinären Erfolgsrezeptes gegen Inkontinenz in dieser Forschungsarbeit Berücksichtigung. Der aktuelle Forschungsstand bewertet den Bezug sowohl zu vorangegangenen als auch zu themenverwandten Forschungen.

Aus der Betroffenenperspektive werden im Rahmen der Best-Practice-Strategie die motivationalen Aspekte von Inkontinenztherapien untersucht. Da motivationspsychologische Theorien zur Erklärung der Verhaltensabsicht im therapeutischen Kontext grundlegend sind, wird im zweiten Abschnitt nach der Definition der allgemeinen Motivation zunächst die Geschichte der Motivationsforschung mit ihren einzelnen Erklärungssträngen kurz dargestellt. Außerdem erfolgen eine Erläuterung zur Entstehung des Konstruktes „Therapiemotivation“ sowie dessen Definition und die Darstellung verschiedener statischer und prozessbezogener Konzepte von Therapiemotivation. Auf die Bedeutung der Therapiemotivation als Prädiktor für eine erfolgreiche Therapie wird anschließend Bezug genommen. Nach der Betrachtung verschiedener Erklärungsmodelle und dem Wissen um die Möglichkeiten der Verhaltensvorhersage und der Einflussmöglichkeiten werden das für diese Forschung ausgewählte theoretische Grundlagenmodell („Attitude – Social influence – self-Efficacy“ Modell nach De Vries et al. 1988 und De Vries & Mudde 1998) und die zugrunde liegenden Ansätze für dieses Modell (Theory of planned behavior nach Ajzen 1985, 1991 und Ajzen & Madden 1986 und Concept of self-efficacy nach Bandura 1977, 1986) vorgestellt.

Weshalb die Untersuchung komplexer intentional-motivationaler Zusammenhänge wichtig ist, welche Ziele damit erreicht werden sollen und welche Forschungsfragenstellungen sich daraus ergeben, wird im dritten Abschnitt des zweiten Kapitels vorgestellt.

Um diese Fragen beantworten zu können, wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, da die individuelle Sichtweise der Betroffenen im Mittelpunkt steht und neue Aspekte eruiert werden sollten. Ferner kann durch die qualitative Herangehensweise das Wissen über die Bedingungen der Akzeptanz professioneller Strategien detailliert, differenziert und profund generiert werden, um damit eine Basis für anschließende quantitative Untersuchungen über Therapiemotivation bei Inkontinenz im höheren Lebensalter zu schaffen. Im dritten Kapitel werden das Forschungsdesign und die ausgewählten qualitativen Methoden für diese Arbeit näher betrachtet. Die im temporären Verlauf dargestellte methodische Vorgehensweise beginnt mit der Konzeptions- und Planungsphase. Zunächst werden die grundlegenden Recherchepraktiken und die Gestaltung des Feldzuganges beschrieben. Im Rahmen der Instrumentenentwicklung wurde eine Fokusgruppe mit Betroffenen und Professionellen (Pflegerkräfte, Kontinenzberater) durchgeführt, um das theoretische

⁶ Best-Practice (bestes Verfahren, Erfolgsrezept) wird in dieser Arbeit als ein weitreichendes und offensives Beratungsangebot für Betroffene definiert, das nach der Abklärung des Kontinenzstatus bei Bedarf ein individuelles Therapieangebot beinhaltet.

Grundlagenmodell in seiner Relevanz zu überprüfen und auf dieser Basis die Instrumente für die qualitativen Interviews weiterzuentwickeln. Die theoretischen Grundlagen der Fokusgruppe sowie deren Durchführung werden ebenso dargestellt wie die Operationalisierung der Forschungsaspekte und die einzelnen Phasen der Instrumentenentwicklung.

Die Feldphase beginnt mit der Rekrutierung geeigneter Studienteilnehmer. Mittels Theoretical Sampling (theoriegeleitete Stichprobenziehung)⁷ nach Glaser und Strauss (2005) wurden Patienten⁸ geriatrischer Rehabilitationskliniken mit Best-Practice-Angebot aus dem gesamten Bundesgebiet für problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) ausgewählt. Auch die Erlebnisse im Forschungsfeld und die in dieser Forschungsarbeit getroffenen Maßnahmen zum Datenschutz finden in dieser Untersuchungsbeschreibung Beachtung, bevor die Schilderung der Datenerhebung durch ein Resümee abgeschlossen wird. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch nach Mayring (2008) ausgewertet. Die Dokumentation der Datenauswertung wird durch die Ausführungen zu der Transkription und den in dieser Forschung verwendeten Methoden der Qualitativen Inhaltsanalyse und der Typenbildung abgeschlossen.

Eine praxisrelevante Darstellung der Ergebnisse erfolgt im vierten Kapitel durch die Beschreibung von Motivationsaspekten und -typen⁹, die es ermöglichen Zusammenhänge zwischen motivationalen, individuellen und kontextuellen Aspekten zu verstehen und dadurch die Interventionsmöglichkeiten zur Kontinenzförderung gezielter auf die Betroffenen und deren Bedürfnisse auszurichten. Die Erkenntnisse der Forschungsarbeit werden zunächst geordnet nach den einzelnen Hauptaspekten dargestellt. Diese lassen sich untergliedern in Rahmenbedingungen für Motivation, motivationsförderliche Aspekte und Kriterien für fehlende Motivation. Anschließend werden die auf Korrespondenz, Überlagerung und strukturelle Zusammenhänge qualitativ überprüften Dimensionen von Motivation einzeln sowie zusammenfassend in einem Therapiemotivationsmodell dargestellt, das auf die therapeutische Handlungsebene im motivationalen Prozess ausgerichtet ist. Durch die nachfolgende Vorstellung der insgesamt sechs Motivationstypen, die aus den motivationsbezogenen Dimensionen entwickelt wurden, kann ein guter Anwendungsbezug für die Praxis hergestellt werden.

Im fünften Kapitel werden sowohl die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen diskutiert als auch die grundsätzliche Anwendbarkeit der Forschungsergebnisse

⁷ Aspekte für das weitere Forschungsvorhaben werden hierbei aus der sich bislang entwickelten Theorie abgeleitet, konkret bedeutet das die gezielte Stichprobenziehung basierend auf den auf theoretischen Vorkenntnissen beruhenden Auswahlkriterien. Dadurch kann sichergestellt werden, dass die komplette Bandbreite eines Phänomens (einschließlich atypischer Fälle) erfasst werden kann (Glaser & Strauss 2005).

⁸ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden als Bezeichnung unbestimmter Personen, die jeweils weiblich oder männlich sein können, auf die doppelte Form (männlich/weiblich) verzichtet.

⁹ Durch die Typenbildung werden Teil- oder Untergruppen gebildet, die gemeinsame Eigenschaften oder Rahmenbedingungen aufweisen und anhand der spezifischen Konstellation dieser Eigenschaften beschrieben und charakterisiert werden können (Kluge 2000).

unter Berücksichtigung ihrer Grenzen genauer betrachtet. Die Beurteilung der ausgewählten Forschungsmethoden und der Güte der Studie schließt sich der Ergebnisdiskussion an.

Die Handlungsempfehlungen für die Praxis im sechsten Kapitel und der zusammenfassende Ausblick auf die weitere Entwicklung im Bereich der Inkontinenzversorgung und den sich daraus ergebenden Forschungsbedarf im siebten Kapitel stellen den abschließenden Teil dieser Forschungsarbeit dar.

Ziel dieser Studie ist es, die Inkontinenztherapie älterer Menschen zukünftig besser und zielgruppenspezifisch auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen ausrichten zu können. Die Behandlung und das Management von Inkontinenz können durch die Analyse motivationaler Rahmenbedingungen und motivationsförderlicher beziehungsweise -hemmender Faktoren optimiert werden. Durch das Aufzeigen therapeutischer Handlungsmöglichkeiten zur Motivationssteigerung kann eine höhere Effektivität in der Inkontinenztherapie und damit auch eine Verbesserung der Lebensqualität für Betroffene im höheren Lebensalter erwirkt werden.

