

Bachelorarbeit

**Pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten zur
nachhaltigen Verbesserung der
Selbstmanagementkompetenzen bei Herzinsuffizienz**

Selina Derungs S13527361

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Pflege
Studienjahr:	BA.PF.D92
Eingereicht am:	10.04.2015
Betreuende Lehrperson:	Irène Ris

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	1
1 THEMATISCHE VERANKERUNG	2
1.1 RELEVANZ DER THEMATIK	2
1.2 PROBLEMSCHILDERUNG	2
1.3 FRAGESTELLUNG	4
1.4 ZIELSETZUNG	4
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	5
2.1 HERZINSUFFIZIENZ	5
2.2 SELBSTMANAGEMENT	8
2.3 VERHALTENSÄNDERUNG	10
2.3.1 <i>Transtheoretisches Modell</i>	10
2.3.2 <i>Health-Belief-Modell</i>	11
2.3.3 <i>Motivierende Gesprächsführung</i>	12
2.4 EVIDENCE-BASED-NURSING (=EBN)	12
3 METHODE	14
3.1 METHODISCHES VORGEHEN	14
3.2 KEYWORDS	15
3.3 EINSCHLUSS- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	16
3.4 FLOW-CHART	16
3.5 BEURTEILUNG DER GÜTE DER STUDIEN	18
4 VORSTELLUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN LITERATUR	19
4.1 STUDIE 1	24
4.1.1 <i>Zusammenfassung</i>	24
4.1.2 <i>Kritische Würdigung</i>	25
4.2 STUDIE 2	26
4.2.1 <i>Zusammenfassung</i>	26
4.2.2 <i>Kritische Würdigung</i>	27

4.3	STUDIE 3	28
4.3.1	<i>Zusammenfassung</i>	28
4.3.2	<i>Kritische Würdigung</i>	29
4.4	STUDIE 4	30
4.4.1	<i>Zusammenfassung</i>	30
4.4.2	<i>Kritische Würdigung</i>	32
4.5	STUDIE 5	32
4.5.1	<i>Zusammenfassung</i>	32
4.5.2	<i>Kritische Würdigung</i>	34
4.6	STUDIE 6	34
4.6.1	<i>Zusammenfassung</i>	34
4.6.2	<i>Kritische Würdigung</i>	36
5	DISKUSSION	37
5.1	ERGEBNISSE	38
5.2	BEZUG ZUR THEORIE	40
5.3	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE	41
5.4	GRENZEN DIESER ARBEIT	41
5.5	WEITERFÜHRENDE FRAGEN	42
5.6	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS	42
	LITERATURVERZEICHNIS	43
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	46
	TABELLENVERZEICHNIS	47
	DANKSAGUNG	48
	WORTZAHL	50
	ANHANG	51
	DATENBANK & SUCHDOKUMENTATION	51
	ZUSAMMENFASSUNG UND WÜRDIGUNG DER STUDIEN	54

Abstract

In der Praxis wird beobachtet, dass Patienten mit einer Herzinsuffizienz die Trinkmenge und Salzreduktion häufig nicht einhalten und dadurch Komplikationen wie die kardiale Dekompensation auftreten. Durch das Unterstützen vom Selbstmanagement der Betroffenen kann die Lebensqualität verbessert werden, die Mortalität kann gesenkt werden und es kommt zu weniger Hospitalisationen.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist das Zusammentragen des aktuellen Forschungsstandes und Vorschläge für die Umsetzung in der Praxis zu machen.

Die Forschungsfrage lautet: Welche pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten können im akuten Setting angewandt werden, welche die Selbstmanagementkompetenzen von Patienten mit einer Herzinsuffizienz in Bezug auf Einhaltung der eingeschränkten Trinkmenge und Salzreduktion nachhaltig verbessern?

Zur Beantwortung wurde eine gezielte Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Medline und PsycInfo durchgeführt.

Verschiedene Interventionspakete wurden gefunden, die das Selbstmanagement, die Salzreduktion oder die Trinkmengereduktion unterstützen. Sie umfassen unter anderem Heimbesuche, Telefonanrufe, motivierende Kommunikation, das Erstellen eines Aktionsplans oder das Monitoring von Trinkmenge und Gewicht.

Übergeordnet zeigt sich, dass die Wiederholung der Edukation sinnvoll ist, der Einbezug der Familie, das Verwenden von unterschiedlichen Medien und das Fördern der Selbstwirksamkeit.

Es benötigt noch Forschung zu den einzelnen Interventionen und die Umsetzung in unserem Gesundheitssystem muss angeschaut werden.

Keywords: self care, self care skills, heart failure, heart disorder, patient education, sodium dietary, water supply, nursing intervention

1 Thematische Verankerung

1.1 Relevanz der Thematik

Herzinsuffizienz ist eine häufige und einschneidende chronische Erkrankung. In einer Medienmitteilung der Schweizerischen Herzstiftung (2004) wird erwähnt, dass weltweit etwa 22 Millionen Menschen an einer Herzinsuffizienz leiden. In der Schweiz sind es um die 150000. In dem Bericht werden die Auswirkungen auf die Lebensqualität beschrieben. Schon geringe Anstrengungen im Alltag können von den Betroffenen kaum mehr ausgeführt werden, sie ziehen sich zurück, vereinsamen und tendieren zu depressiven Verstimmungen. Die Lebensqualität ist stark eingeschränkt. Nach Angaben der Schweizerischen Herzstiftung (2004) sterben 50 Prozent der Betroffenen in den ersten fünf Jahren. Die Rehospitalisationsrate ist bei Herzinsuffizienz die Höchste, verglichen mit allen anderen chronischen Erkrankungen, und bereits drei Monate nach jeder Entlassung müssen 29 bis 47 Prozent der Patienten¹ wieder im Spital aufgenommen werden.

Vor diesem Hintergrund betonen Bläuer, Erne, Bächtold, Eze, Junker und Spirig (2006), dass bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz die Unterstützung der Selbstmanagementfähigkeiten zentral ist, um den Betroffenen zu ermöglichen, den Alltag möglichst autonom bewältigen zu können. Bläuer et al. (2006) betonen, dass durch das Unterstützen vom Selbstmanagement der Betroffenen die Lebensqualität verbessert werden kann, die Mortalität gesenkt werden kann und dass es zu weniger Hospitalisationen kommt.

1.2 Problemschilderung

Die Autorin dieser Arbeit hat über die letzten Jahre die Beobachtung gemacht, dass im Spitalalltag unterschiedliche Schulungsprogramme für Patienten mit einer Herzinsuffizienz angewendet werden. Beispielsweise lernen sie die Vitalzeichen selbständig zu kontrollieren, das Gewicht zu messen, die Medikamente zu nehmen und sich bei Fragen

¹ Um die Lesbarkeit zu vereinfachen, wird im Folgenden der Begriff für beide Geschlechter verwendet.

oder Problemen direkt im Herzambulatorium zu melden. Im Herzambulatorium werden die Patienten nach Spitalaustritt weiter betreut. Ein wichtiger Aspekt des Selbstmanagements bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz (New York Heart Association (= NYHA) 2 bis 4) wird während dem Spitalaufenthalt und im Ambulatorium jedoch vernachlässigt: Sie sollten gemäss ärztlicher Verordnung eine maximale Trinkmenge von eineinhalb Liter täglich nicht überschreiten und den Salzkonsum reduzieren. Besonders die Einschränkung der Trinkmenge ist für die Betroffenen schwer einzuhalten, da sie Diuretika (siehe Kapitel 2.1 Herzinsuffizienz) nehmen müssen, welche ein starkes Durstgefühl auslösen van der Wal, Jaarsma, Moser, van Gilst und van Veldhuisen (2010) . Betroffene empfinden es als äusserst quälend, sich auf die empfohlenen eineinhalb Liter Flüssigkeit pro Tag zu beschränken. Auch die salzarme Kost ist für viele ungewohnt. Auf Nahrungsmittel wie Bouillon muss beispielsweise gänzlich verzichtet werden. Zusammenfassend lässt sich sagen: tägliche Gewohnheiten sind tief geprägt, sie zu ändern zeigt sich als sehr schwer. Striktes Einhalten der Trinkmenge und die Salzreduktion sind bei einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz zentral, da es sonst zu einer kardialen Dekompensation kommen kann und damit zu einem erneuten Spitaleintritt. Die kardiale Dekompensation zeigt sich durch Ödeme in den Extremitäten und Ruhedyspnoe. Gemäss Krum, Jelinek, Stewart, Sindone und Atherton (2011) soll bei Herzinsuffizienzpatienten mit NYHA 2 die tägliche Natriummenge von drei Gramm nicht überschritten werden. Bei einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz (NYHA 3 und NYHA 4) wird eine maximale tägliche Natriummenge von zwei Gramm empfohlen.

Die Autorin beobachtet in ihrem Arbeitsalltag, dass die Patienten über die Einschränkung der Trinkmenge durch die Pflege informiert werden, anschliessend aber keine weitere Instruktion erhalten. Der Zusammenhang zwischen den Ödemen, dem Salz und der Trinkmenge wird nicht oder ungenügend erläutert. Neben der Pflege sind auch die Hotellerie-Fachleute, welche die Getränke und das Essen bringen, involviert. Diese notieren zwar pflichtbewusst, wie viel der Patient im Verlauf des Tages trinkt, haben aber keinen Auftrag den Patienten im Einhalten der eingeschränkten Trinkmenge zu unterstützen. Die Edukation des Patienten ist weiterhin Aufgabe der Pflegeperson. Die Patienten werden also nur marginal mit einbezogen und haben darum oft keinen

Überblick, wie viel sie trinken. Es kommt vor, dass die Trinkmenge bereits am Mittag ausgeschöpft ist und dann im Verlaufe des restlichen Tages überschritten wird. Die freie Konsumation in den Cafeterien oder das Trinken vom Wasserhahn, beides untersteht keiner Kontrolle, kommt allenfalls auch als übermässige Trinkmenge hinzu. Alternative Strategien wie sie mit dem Durstgefühl umgehen können, kennen die Patienten kaum, und da der aktive Einbezug des Patienten schon im Spital fehlt, können sie die eingeschränkte Trinkmenge auch nach Entlassung nur schwer einhalten. Eine Konsequenz davon ist, dass Patienten bereits kurz nach ihrer Entlassung wieder mit deutlicher Gewichtszunahme ins Spital eintreten müssen.

Noch kritischer verhält es sich mit der Salzreduktion, welche während der Hospitalisation kaum erwähnt wird. Es kommt vor, dass Patienten während ihres Spitalaufenthaltes Bouillonsuppen zu sich nehmen, was zu einer Zunahme der Ödeme und folglich zu einer Verlängerung der Hospitalisation führt.

1.3 Fragestellung

Aus der genannten Problematik ergibt sich folgende Frage an die Literatur:

Welche pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten können im akuten Setting angewandt werden, welche die Selbstmanagementkompetenzen von Patienten mit einer Herzinsuffizienz in Bezug auf Einhaltung der eingeschränkten Trinkmenge und Salzreduktion nachhaltig verbessern?

1.4 Zielsetzung

Durch eine gezielte Literaturrecherche wird der aktuelle Forschungsstand zu oben genannter Problematik diskutiert. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf konkrete Unterstützungsmöglichkeiten in der Praxis gelegt. Das langfristige Ziel der Arbeit ist es, anhand von Interventionen die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und die hohe Rehospitalisationsrate zu senken.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die zentralen Themen dieser Arbeit eingeführt. Neben den wichtigsten Begriffen aus der Fragestellung, wie Herzinsuffizienz und Selbstmanagement, werden ebenfalls unterschiedliche Modelle der Verhaltensänderung beschrieben. Die Frage, was Verhaltensänderung ist und wie diese unterschiedlich konzeptualisiert und bewirkt wird, ist zentral für diese Arbeit, wo es darum geht alltägliche Handlungen, wie das Trinken oder den Salzkonsum, in eine bestimmte Richtung zu lenken.

2.1 Herzinsuffizienz

Hier wird ein kurzer Überblick über das Krankheitsbild Herzinsuffizienz gegeben. Huch und Jürgens (2011) definieren Herzinsuffizienz folgendermassen: „kann das Herz die zur Versorgung des Körpers erforderliche Pumpleistung nicht mehr erbringen, spricht man von Herz(muskel)schwäche oder Herzinsuffizienz (Insuffizienz = Unzulänglichkeit). Dabei ist die Auswurfleistung der linken Kammer (Linksherzinsuffizienz), der rechten Kammer (Rechtsherzinsuffizienz) oder beider (Globalinsuffizienz) herabgesetzt.“

Ursachen für die Herzinsuffizienz können laut Huch und Jürgens (2011) eine koronare Herzkrankheit (Verengungen der Koronararterien), Hypertonie oder eine Herzmuskel- oder Herzklappenerkrankung sein. Unterschieden wird zwischen einer kompensierten und einer dekompensierten Herzinsuffizienz. Wird die Pumpleistung vom Herz noch aufrechterhalten spricht man von der kompensierten Herzinsuffizienz. Bei der dekompensierten Herzinsuffizienz sind bereits bei leichter Belastung Anzeichen wie Zyanose (=Blauverfärbung von Lippen und Zunge) und Dyspnoe vorhanden.

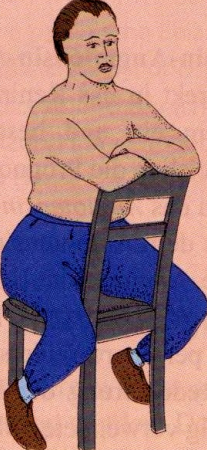

Nach Huch und Jürgens (2011) gibt es mehrere Stadieneinteilungen der Herzinsuffizienz, wobei die vier Stadien der NYHA am gebräuchlichsten sind.

Tabelle 1: Stadien der New York Heart Association (NYHA)

NYHA Klasse :	Beschreibung:
I: asymptomatisch	Herzerkrankung ohne Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Alltag.
II: leicht	Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Beschwerden bei stärkeren Alltagsbelastungen wie schnellem Treppensteigen oder Bergangehen.
III: mittelschwer	Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe, aber bei leichten Alltagsbelastungen wie normalem Treppensteigen über eine Etage oder längerem Gehen in der Ebene.
IV: schwer	Herzerkrankung mit Beschwerden bereits in Ruhe und bei jeglicher körperlichen Anstrengung.

Ein typisches Zeichen bei der Herzinsuffizienz sind Ödeme. Nach Huch und Jürgens (2004) entstehen diese, wenn die Pumpleistung vom Herz nachlässt und sich so das Blut in den Vorhöfen und dann in den Venen des Körperkreislaufs staut. Durch die Stauung geht Flüssigkeit bei den Kapillaren ins Gewebe über, was als Ödeme sichtbar wird. Kardiale Ödeme sind lageabhängig und immer am tiefsten Punkt des Körpers. Bei der Linksherzinsuffizienz kommt es zu Wassereinlagerungen in der Lunge bis hin zum Lungenödem. Bei der Rechtsherzinsuffizienz sind die Ödeme in den Beinen und im Bauchraum vorhanden. Die beiden Arten der Herzinsuffizienz und ihre Symptome sind in Abbildung 1 zusammengefasst:

Abbildung 1: Häufige Ursachen und Leitsymptome der Links- und Rechtsherzinsuffizienz im Vergleich gemäss Huch und Jürgens (2011, S. 289)

Linksherzinsuffizienz	Rechtsherzinsuffizienz
<p><i>Häufige Ursachen:</i> Koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Klappenfehler (v.a. des linken Herzens), Herzinfarkt, Rhythmusstörungen</p>  <p>Blaue Lippen, „sieht kurzatmig aus“</p> <p>Benutzt verstärkt Atemhilfsmuskulatur</p> <p>Stützt sich auf, um Atemhilfsmuskulatur zu benutzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwäche und Ermüdbarkeit • Atemnot bei Belastung, evtl. auch in Ruhe • Rasselgeräusche über der Lunge, Husten • Zyanose 	<p><i>Häufige Ursachen:</i> Linksherzinsuffizienz, Herzklappenfehler (v.a. des rechten Herzens), Lungenerkrankungen</p>  <p>Halsvenen gestaut, behäbiger Eindruck</p> <p>Bauchwassersucht (Aszites)</p> <p>Beinödeme („Wasser“ in den Beinen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestaute, erweiterte Halsvenen • Ödeme (Bauch, Fußgelenke, Füße) • Gewichtszunahme • Leberschwellung
<p>Gemeinsame Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkte Leistungsfähigkeit (beim Treppensteigen Atemnot) • Häufiges Wasserlassen, besonders bei Nacht • Schneller Herzschlag (Tachykardie) bei Belastung, Herzrhythmusstörungen • Herzvergrößerung, Pleura- und Perikarderguss 	

Die drei wichtigsten Ansätze bei der Therapie der Herzinsuffizienz sind nach Huch und Jürgens (2011):

- Die Therapie der Grunderkrankung wie koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck oder Rhythmusstörungen
- Entlastung des Herzens durch gefässerweiternde und harntreibende Medikamente (= Diuretika).
- Allgemeinmassnahmen wie z.B. körperliche Aktivität, salzarme Kost, Flüssigkeitseinschränkung, Verzicht auf Alkohol und Rauchen.

Wie bereits zu einem früheren Zeitpunkt beschrieben, konzentriert sich diese Arbeit auf die beiden allgemeinen Massnahmen Trinkmengerereduktion und salzarme Kost.

2.2 Selbstmanagement

Ein zentraler Begriff in der Fragestellung dieser Bachelorarbeit ist das Selbstmanagement. In seiner allgemeinsten Form kann Selbstmanagement (Definition-online.de, 2012) folgendermassen definiert werden:

„die Fähigkeit, die eigene persönliche und berufliche Entwicklung eigenständig in die Hand zu nehmen und unabhängig von äußeren Faktoren dabei zu bleiben. Wer Selbstmanagement betreiben kann, der kann sich selbst motivieren, sich seine Zeit einteilen und die bisherigen Erfolge nachvollziehen und kontrollieren.

Selbstmanagement ist eine wichtige Fähigkeit für Erfolg in der individuellen Entwicklung, für die jeder Erwachsene ohnehin eigenständig verantwortlich ist. Effektives, funktionierendes Selbstmanagement hilft dabei, in jeder Perspektive des alltäglichen Lebens voranzukommen und für sich selbst einen Weg zu finden, sich Ziele zu stecken und diese zu erreichen – und damit Erfolgserlebnisse zu schaffen.“

Clark, Becker, Janz, Lorig, Rakowski und Anderson (1991) fokussieren auf Selbstmanagement in Bezug auf Krankheit und beschreiben es als:

„day-to-day tasks and individual must undertake to control or reduce the impact of disease on physical health status. At-home management tasks and strategies are undertaken with the collaboration and guidance of the individual's physician and other health care providers.“ (Alltägliche Aufgaben, die das Individuum durchführen muss zum regeln oder verringern der Auswirkung der Erkrankung auf den physischen Gesundheitszustand. Zuhause werden Managementaufgaben und Strategien durchgeführt mit der Zusammenarbeit und Führung des Arztes des Individuums und anderer Gesundheitsvorsorgeanbieter.)

Diese Definition setzt das Selbstmanagement mit der Krankheit in eine enge Beziehung. Selbstmanagement soll dabei helfen, dass ein Individuum mit der eigenen Krankheit im Alltag umgehen kann.

Klug Redman (2008) wird noch einmal ein Schritt spezifischer und setzt sich mit dem Selbstmanagement chronisch Kranker auseinander (Herzinsuffizienz ist eine chronische

Erkrankung). Klug Redman beschreibt, dass das Leben mit einer chronischen Krankheit für die Betroffenen verschiedene Aufgaben stellt:

- Krankheitsbezogene Aufgaben: wie beispielsweise die Medikamenteneinnahme
- Meistern vom Alltag: Arbeit, Familie
- Auseinandersetzung mit einer veränderten Zukunftsperspektive: eventuell anpassen der Lebensplanung

Die Bewältigung dieser Aufgaben erfordert verschiedene Fähigkeiten und Fertigkeiten. Bei der Selbstmanagementschulung sollen die Betroffenen und ihre Familie beim Erwerb der nötigen Fertigkeiten unterstützt werden.

Gemäss Klug Redman (2008, S. 33) müssen Selbstmanagementprogramme „solide Problemlösungsfertigkeiten vermitteln, klinisches Urteilsvermögen entwickeln, die Selbstwirksamkeit fördern und das Selbstvertrauen stärken, zudem Fertigkeiten unterrichten, wie gesundheitsbezogene Glaubensüberzeugungen modifiziert und erlernt und Symptome neu interpretiert werden können.“

In diesem Zusammenhang gewinnt auch der Begriff der Selbstwirksamkeit an Bedeutung. Laut Klug Redman (2008) ist die Grundlage vieler Selbstmanagementprogramme die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1990), welche davon ausgeht, dass Menschen die Überzeugung benötigen, ihr eigenes Handeln sei wirksam und sinnvoll. Zwei der sechs gewählten Studien, welche im Verlauf dieser Arbeit genauer analysiert werden (nämlich Studie 1 und Studie 6 in Tabelle 3), wenden das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura an.

Klug Redman (2009, S.28) definiert Selbstwirksamkeit als „Glaube an die eigene Fähigkeit, einen bestimmten Grad an Kompetenz im Handlungsvollzug zu erreichen.“ Die Selbstwirksamkeit beruht auf vier Informationsquellen (Klug Redman, 2009):

1. Der erreichte Grad an Kompetenz im Handlungsvollzug.
Wird eine Aufgabe erfolgreich bewältigt, erhöht dies die Selbstwirksamkeit und umgekehrt.
2. Stellvertretende Erfahrungen durch Beobachtung Andere.

3. Verbale Überzeugung.

Die Selbstwirksamkeit wird durch Feedback anderer beeinflusst.

4. Wahrgenommener körperlicher Zustand.

Selbstmanagement und insbesondere eine optimale Selbstwirksamkeit ist also davon abhängig, dass Patienten Informationen zu allen vier Quellen erhalten.

2.3 Verhaltensänderung

Ziel des Selbstmanagements und der Selbstwirksamkeit ist das Verändern von alltäglichem Verhalten. Aus diesem Grund wird Verhaltensänderung im Folgenden einer theoretischen Betrachtung unterzogen.

2.3.1 Transtheoretisches Modell

Patienten mit einer Herzinsuffizienz müssen ihre täglichen Gewohnheiten anpassen. Beispielsweise muss die gewohnte Ernährung geändert werden, da die tägliche Salzzufuhr beschränkt ist. Dies erfordert eine Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell zeigt auf, wie eine Verhaltensänderung typischerweise in Stadien gegliedert ist. Entwickelt wurde dieses Modell von Prochaska, DiClemente und Norcross (1992). Es werden verschiedene Stadien durchlaufen, wobei es auch zu Rückfällen kommen kann. Die fünf Stadien der Verhaltensänderung nach Klug Redman (2009) sind:

1. Absichtslosigkeitsstadium: Keine Absicht das Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu ändern. Das Problem erscheint als zu gross.
2. Absichtsbildungsstadium: Über eine Verhaltensänderung innerhalb der nächsten sechs Monate wird nachgedacht.
3. Vorbereitungsstadium: Die Verhaltensänderung wird geplant.
4. Handlungsstadium: Das Problemverhalten wird verändert. Kann drei bis sechs Monate dauern.
5. Aufrechterhaltungsstadium: Beginnt nach sechs Monaten, beinhaltet eine erfolgreiche Verhaltensänderung.

Die Stadien werden meist nicht linear durchlaufen. Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit steigt vom ersten bis zum fünften Stadium an. Klug Redman (2009) betont, dass die Edukation stets an das Veränderungsstadium angepasst werden muss.

Wichtig für diese Arbeit ist die Erkenntnis, dass eine Verhaltensänderung ein phasenweiser und damit langwieriger Prozess ist.

2.3.2 Health-Belief-Modell

In den 50er Jahren wurde das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (= Health-Belief-Modell) entwickelt durch Rosenstock, Strecher und Becker (1988). Knoll, Scholz und Rieckmann (2005) definieren als Ziel dieses Modells das bestimmen von Faktoren, die das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung beeinflussen. Das Modell beinhaltet vier Aspekte (Klug Redman, 2009):

1. Menschen unternehmen etwas für ihre Gesundheit, wenn der infrage kommende Gesundheitszustand sie persönlich betrifft.
2. Der Krankheitszustand beeinflusst ihr Leben ernsthaft.
3. Die Vorteile einer Veränderung überwiegen die Barrieren.
4. Sie vertrauen darauf, diese Veränderung durchführen zu können (= Selbstwirksamkeit)

Gemäss Klug Redman (2009) veranlasst die Ernsthaftigkeit der Symptome den Menschen zum Handeln. In der Abbildung 2 sind die Elemente des Health-Belief-Modells dargestellt.

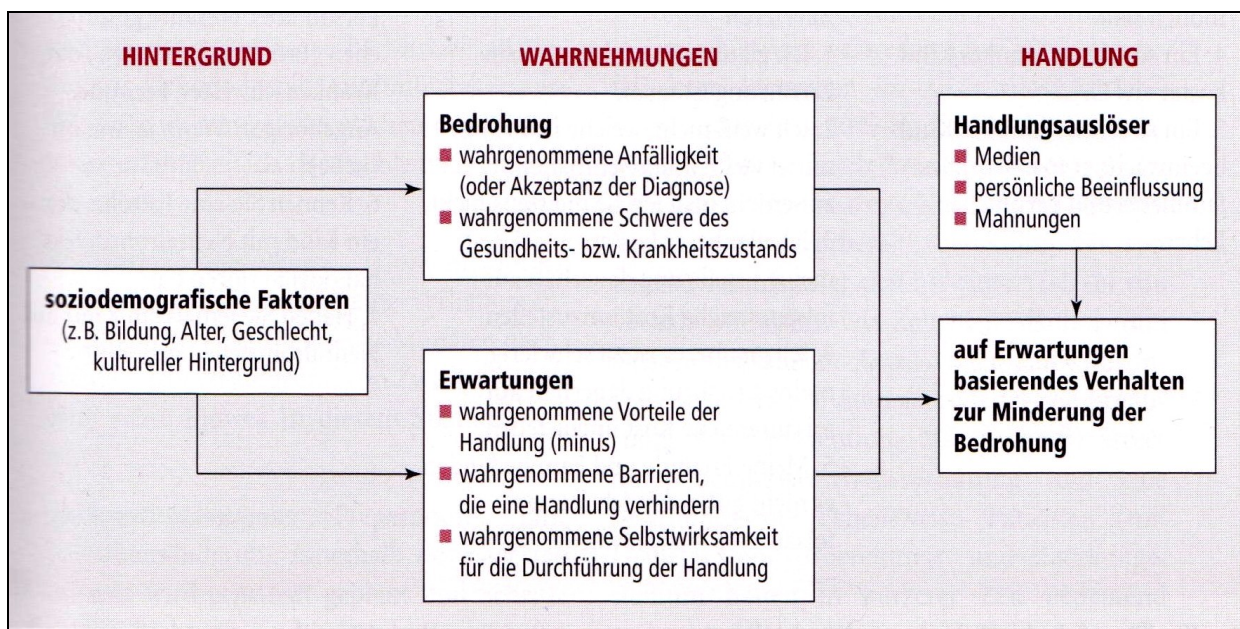


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Elemente des Health-Belief-Modells Klug Redamm (2005, S.19)

In der Patientenedukation wird das Modell angewendet um herauszufinden, ob ein Mensch die nötigen gesundheitlichen Überzeugungen besitzt. Falls als wichtig erachtet, werden fehlende Kompetenzen und Informationen zusätzlich vermittelt (Klug Redman, 2009).

Das Health-Belief Modell verdeutlicht die Wichtigkeit, bestehende Barrieren aufzudecken und deren Einfluss zu minimieren, um dadurch eine Veränderung zu erzielen und die Selbstwirksamkeit zu stärken. Eine der gewählten Studien wird auf dieses Modell noch Bezug nehmen (Studie 2, siehe Tabelle 3). Eine Studie von Riegel und Carlson (2002) nennt als mögliche Barrieren körperliche Einschränkungen, Schwäche, Schwierigkeiten mit der Therapie, Wissensdefizit, quälende Emotionen und Komorbiditäten.

2.3.3 Motivierende Gesprächsführung

Eine Massnahme, um Verhaltensveränderung zu erzielen, ist die motivierende Gesprächsführung. Das Konzept wurde ursprünglich von William Miller und Stephen Rollnick zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt. Die motivierende Gesprächsführung umfasst nach Klug Redman (2009) fünf Beratungstechniken. Die Beratungstechniken sollen bewirken, dass der Patient sein ambivalentes Verhalten bezüglich seiner Gesundheit überwinden kann. Die Fünf Beratungstechniken sind:

1. Empathie zeigen
2. Diskrepanz erzeugen
3. Auseinandersetzung vermeiden
4. Mit Widerstand flexibel umgehen
5. Selbstwirksamkeit fördern.

2.4 Evidence-Based-Nursing (=EBN)

EBN kann als Modell herangezogen werden um in Bezug auf Selbstmanagement und insbesondere Verhaltensänderung den Schritt von der Theorie in die Praxis formal zu begleiten.

Nach Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson und Mc Cormack (2004) stützt man sich im EBN auf vier Wissensquellen, um in einer konkreten Praxissituation eine Entscheidung zu treffen. Die vier Wissensquellen sind:

- Wissen aus der Forschung (Ergebnisse der Pflegeforschung)
- Wissen aus der klinischen Erfahrung (Expertise der Pflegenden)
- Wissen aus der Patientensituation (Erfahrungen, Präferenzen, Ziele)
- Wissen aus dem lokalen Kontext (Ressourcen, Umgebungsbedingungen).

Das Modell von Rycroft-Malone et al. (2004) wird in dieser Arbeit verwendet, um die Ergebnisse der Studien in die Praxis zu übertragen. Das Modell ist in Abbildung 3 zusammenfassend dargestellt.

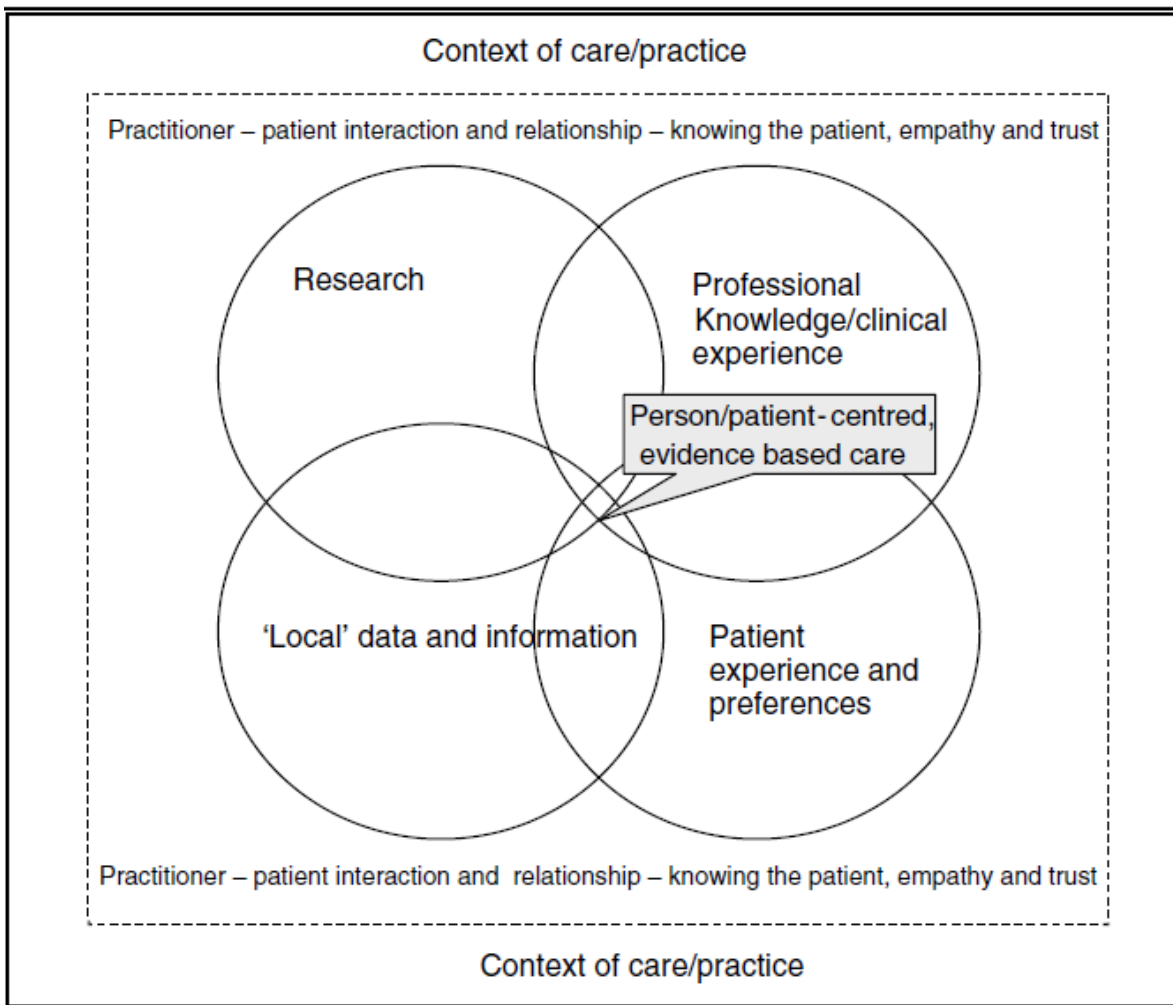


Abbildung 3: Vier Quellen der Evidenz für patientenzentrierte, evidenzbasierte Praxis nach Rycroft-Malone et al (2004)

3 Methode

3.1 Methodisches Vorgehen

Literatur ist in dieser Arbeit die Informationsquelle um die Forschungsfrage zu beantworten. Ein zentraler methodischer Schritt ist damit die Literaturrecherche. Diese stützt sich auf den Inhalt der drei wissenschaftlichen Datenbanken mit grösster Relevanz für das gewählte Thema, nämlich CINAHL, Medline und PsycInfo. Das detaillierte Suchprotokoll ist im Anhang dieser Arbeit enthalten. Im Zuge dieser Arbeit werden sechs relevante Studien zusammengefasst und diskutiert. In einem Folgeschritt werden die Einsichten aus den sechs Studien zusammengetragen und kritisch beurteilt.

3.2 Keywords

Die Literatursuche basiert auf einer Anzahl von Keywords (Schlagworten) die in Bezug auf Kategorie, Sprache und Struktur der drei Forschungsdatenbanken unterteilt werden können (Tabelle 2).

Tabelle 2: Verwendete Keywords

Kategorie	deutsch	englisch	Struktur der Forschungsdatenbanken		
			Schlagworte CINAHL	Schlagworte Medline	Schlagworte PsycInfo
Phänomen	Selbstmanagement fördern	self management to support	self care	self care	self care skills
	Schulung, Patientenschulung	education, patient education patient teaching	education, patient education patient education	education patient education patient education	education
	pflegerische Interventionen	nursing interventions	nursing interventions	nursing care	nursing
Setting	Akutspital,	acute hospital	-	-	
	Spital	hospital	hospitals	hospitals	
Population	Patienten, erwachsen	client, adult	Patients, adult	Patients Adult	
	fortgeschrittene Herzinsuffizienz,	advanced/progressed heart insufficiency, cardiac insufficiency	- Heart failure	- Heart failure	Heart disorder
	Trinkmenge	drinking amount, drink volume	Water supply	Water supply	
	Salzreduktion	salt reducing	Sodium, Dietary	Sodium, dietary	
Zusätzlich für Einleitung/ Diskussion	Erleben	Experience	Life experiences	-	
	Wiederaufnahme	readmission	readmission	Patient readmission	

Die Datenbanksuche wurde mittels Keywords der jeweiligen Datenbank vom 23.9.2014 bis 19.11.2014 durchgeführt. Die Keywords wurden jeweils mit AND kombiniert.

3.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Von dieser Arbeit ausgeschlossen sind Studien die sich auf Herzinsuffizienz und Selbstmanagement bei Kindern beziehen.

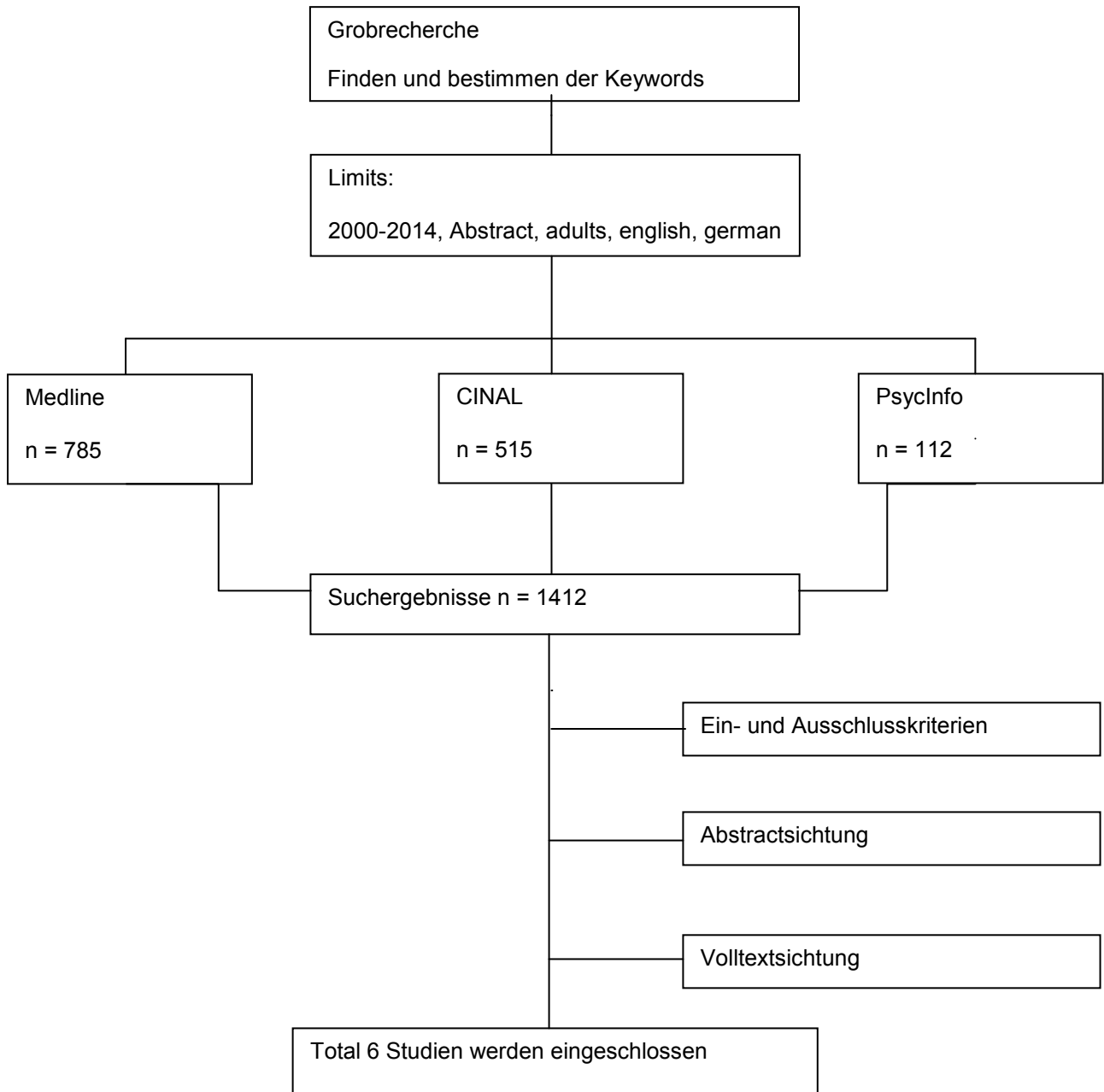
Mit einbezogen sind Studien die folgende Kriterien erfüllen:

- Interventionen im stationären und ambulanten Bereich. Ambulant daher, da die Interventionen eventuell auch im Akutspital durchgeführt werden können und ein Fortbestehen der Instruktion nach Spitalaustritt wichtig ist
- In englischer oder deutscher Sprache
- Erwachsene Personen
- NYHA 2 bis 4
- Zu Selbstmanagement-Interventionen, die einen signifikanten Unterschied erzielen (in dieser Arbeit werden Interventionen gesucht, die eine nachhaltige Verbesserung der Selbstmanagementkompetenzen erzielen)

3.4 Flow-Chart

In der Abbildung 4 wird grafisch dargestellt, wie die Datenbanksuche durchgeführt wurde.

Abbildung 4: Flow-Chart (durch die Autorin erstellt)



3.5 Beurteilung der Güte der Studien

Die ausgewählten Studien werden zusammengefasst und zusätzlich wird eine Kritische Würdigung im Sinne von Lobiondo-Wood und Haber (2005) und Burns und Grove (2005) durchgeführt. Die Qualität von quantitativen Studien wird anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik, Linhart und Mayer (2008) beurteilt. Bei qualitativen Studien werden die Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) angewendet. Eine Zusammenfassung der Studien in Tabellenform befindet sich im Anhang.

4 Vorstellung der wissenschaftlichen Literatur

In diesem Kapitel werden die eingeschlossenen Studien zusammengefasst und kritisch diskutiert. In der Tabelle 3 sind die sechs Studien aufgeführt und nach den Kriterien Autor, Land, Jahr, Design, Forschungsfrage/Ziel, Stichprobe und Datenerhebung/Instrumente geordnet.

In Tabelle 4 wird eine kurze Einschätzung gemacht über Validität, Reliabilität, Objektivität bei quantitativen Studien und über Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit bei qualitativen Studien.

Tabelle 3: Die sechs verwendeten Studien

Num-mer:	Autor, Jahr, Land, Titel:	Design:	Forschungsfrage/Ziel:	Stichprobe:	Datenerhebung/Instrumente:
1	Shao, Chang, Edwards, Shyu, Chen 2013 Taiwan A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure	RCT Quantitativ	Herausfinden der Effizienz der Selbstmanagementintervention auf die Selbstwirksamkeit für Salz- und Flüssigkeitskontrolle, Selbstmanagementverhalten, Symptome und Gebrauch von Gesundheitsdiensten bei älteren nicht hospitalisierten Patienten mit Herzinsuffizienz in Taiwan.	K=46, I=47 Mehrheitlich Männer, D=72,04	Zu Beginn, nach 4 Wochen, nach 12 Wochen Heart failure self-management behavior scale Heart failure symptom distress scale Gebrauch von Gesundheitsdiensten (Hospitalisationen, Notfallaufnahmen)
2	Riegel, Dickson, Hoke, Mc Mahon, Reis, Sayers 2006 Philadelphia A motivational counseling approach to improving heart failure self-care	Gemischte Methode, pretest posttest Design Qualitativ und quantitativ	Es besteht die Hypothese, dass ein motivierender, beratender Ansatz Patienten nachhaltig anregt, sich im Selbstmanagement bei Herzinsuffizienz zu engagieren. Die Intervention soll die Entscheidungsfindung beim Selbstmanagement stärken. Wenn möglich soll die Familie mit einbezogen werden.	n= 15 (zuerst 24). Die meisten weiblich, weiss, Hochschulabschluss, erfahren mit Herzinsuffizienz D=59.7	Zu Beginn und nach Intervention (nach drei Monaten) Selbstmanagement durch Self-Care of HF index (SCHFI) erfasst Wissen über Herzinsuffizienz durch Representations Aufnahme der Interviews, Transkription, Analyse, Codierung

Num-mer:	Autor, Jahr, Land, Titel:	Design:	Forschungsfrage/Ziel:	Stichprobe:	Datenerhebung/ Instrumente:
3	Boyde, Song, Peters, Turner, Thompson, Steward 2012 Australien Pilot testing of a self-care education intervention for patients with heart failure	Quantitativ Leitstudie, pre-/post-test Design eine Gruppe	Untersuchen der Wirksamkeit eines Selbstpflege Handbuchs mit der Ergänzung einer DVD. Zeigen Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz einen Wissenszuwachs und eine Verbesserung des Selbstpflegeverhaltens im Anschluss an eine edukative Intervention?	n= 38 (anfangs 40) die meisten: männlich, verheiratet, seit mehr als 4 Jahren Diagnose, zwischen 65-74 jährig	Zu Beginn und nach 8 Wochen The test of functional health literacy in adults (Leseverständnis) Dutch heart failure knowledge scale (Wissen) Self-care of heart failure index(Selbstpflegeverhalten)
4	Dunbar, Clark, Reilly, Gary, Smith, McCarty, Higgins, Grossniklaus, Daslow, Frediani, Dashiff, Ryan 2013 Atlanta A trial of family partnership and education interventions in heart failure	Quantitativ 3 Gruppen randomisiertes Design.	Untersuchen einer Patient-Familie Partnerschaft Intervention entworfen für eine Salzreduktion und bessere Medikation verglichen mit Patient-Familie Edukationsintervention und normale Pflege.	n=117 (anfangs 170) Geöhnliche Pflege n= 53 Patient-Familien Edukation n=59 Familie-Partnerschaft Intervention n=58 Alter: 28 bis 78	Zu Beginn, nach 4 Monaten, nach 8 Monaten. 24-Stunden Urin (Natrium, Kreatinin, Urea) Atlanta Heart Failure Knowledge Test (Wissen über Herzinsuffizienz) Family Care Climate Questionnaire-Patient version (vom Patient wahrgenommene Autonomieunterstützung) Family Emotional Involvement and Criticism Scale (wahrgenommene Familienkritik) Beck Depressive Inventory II (Depressive Symptome)

Num-mer:	Autor, Jahr, Land, Titel:	Design:	Forschungsfrage/Ziel:	Stichprobe:	Datenerhebung/Instrumente:
5	Welsh, Lennie, Marcinek, Biddle, Abshire, Bentley, Moser 2013 Kentucky Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study result	Quantitativ RCT	Ziel der Studie ist die Kurzzeit- und Langzeitauswirkung einer theoriebasierten Edukationsintervention auf die Salzzufuhr bei Patienten mit Herzinsuffizienz. Untersucht wird auch der Kurzzeit- und Langzeiteffekt auf die Einstellung der Patienten, die subjektive Norm und wahrgenommene Verhaltenskontrolle während dem Befolgen einer salzreduzierten Diät.	K=25 I=27 (12 haben die Studie nicht beendet) D= 59.2 +-8.3	Zu Beginn, nach 6 Wochen, nach 6 Monaten Dokumentation der Salzzufuhr in einem 3-Tage Tagebuch bei Beginn, nach 6 Wochen, nach 6 Monaten Nutrition Data Systems-Research Software (um Salzgehalt vom Essen zu erfassen) Dietary Sodium Restriction Questionnaire (Einstellung, subjektive Norm, wahrgenommene Verhaltenskontrolle)
6	Smeulders, Haastregt, Ambergen, Uszko-Lencer, Janssen-Boyne, Gorgels, Stoffers, Lodewijks-van der Bolt, van Eijk, Kempen 2010 Holland Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial	Quantitativ: RCT	Erfassen vom Effekt des Selbstmanagementprogramms (CDSMP) auf psychosoziale Eigenschaften, Selbstpflegeverhalten und Lebensqualität bei Patienten mit Herzinsuffizienz.	n=317 (anfangs 339) K=131 I=186 D= 66.7	Beginn, nach 6 Monaten, nach 12 Monaten General Self-efficacy Scale (allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen) Cardiac Self-efficacy Questionnaire (kardiospezifische Selbstwirksamkeit) Coping with Symptoms Scale (kognitives Symptommanagement) European Heart Failure Self-Care Behavior Scale (Selbstmanagementverhalten) RAND Health Survey (allgemeine Lebensqualität) Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (kardiospezifische Lebensqualität) Visual analogue scale (wahrgenommene Autonomie) Hospital Anxiety and Depression Scale

I=Interventionsgruppe, K=Kontrollgruppe, D=Durchschnittsalter, RCT=Randomised controlled trial

Tabelle 4: Einschätzung der Studien mittels Gütekriterien

Validität:		Reliabilität:	Objektivität:	
Studie 1:	Ja	Ja	Taiwan auf Schweiz übertragbar? Nur 2 Spitäler	
Studie 3:	Ja	Ja	Zufallssample, kleines Sample Zweimal gleicher Fragebogen? Mehr Männer als Frauen	
Studie 4:	Ja	Reproduzierbarkeit fraglich, da komplexe Intervention	Drei Gruppen sind sehr ähnlich, Interventionsgruppen unterscheiden sich kaum	
Studie 5:	Ja	Ja	Dreitage Tagebuch ist eher subjektiv, was ist ausserhalb der drei Tage? Eher kleines Sample	
Studie 6:	Ja	Ja	Ja	

Glaubwürdigkeit:		Übertragbarkeit:	Zuverlässigkeit:	Bestätigbarkeit:
Studie 2:	ja	Ja Nur eine APN	Ja Ethikkommission wird nicht erwähnt	Bestätigung der Ergebnisse durch andere Forscher wird nicht erwähnt

4.1 Studie 1

4.1.1 Zusammenfassung

Die Studie von Shao, Chang, Edwards, Shyu und Chen (2013) ist eine quantitative Studie, die sich auf das Modell von Banduras Selbstwirksamkeit bezieht. Das Programm beinhaltet alle vier Informationsquellen von Bandura zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit. Das Ziel der Studie war, die Effizienz der Selbstmanagementintervention auf die Selbstwirksamkeit für Salz- und Flüssigkeitskontrolle, Selbstmanagementverhalten, Symptome und Gebrauch von Gesundheitsdiensten bei älteren nicht hospitalisierten Patienten mit Herzinsuffizienz in Taiwan herauszufinden. Das Sample bestand aus einer Kontrollgruppe (n=46) und einer Interventionsgruppe (n=47). Die Teilnehmer stammten aus zwei Spitälern in Taiwan. Sie waren älter als 65jährig, mehrheitlich Männer, im Durchschnitt 72 Jahre alt und hatten eine Herzinsuffizienz NYHA 2 bis 3. Die Intervention bei der Kontrollgruppe bestand aus normaler Pflege, das heisst mündliche Ausführungen zum Umgang mit Herzinsuffizienz, deren Symptome, Ursachen, Komplikationen, Medikation und wichtige Aktivitäten und Diäten. Bei der Interventionsgruppe wurde ebenfalls normale Pflege durchgeführt. Zusätzlich wurde mit Telefonanrufen nach drei, sieben und zwölf Wochen interveniert. In den Telefonaten wurden Probleme besprochen, das Selbstmonitoring von Flüssigkeitseinnahme und Körpergewichtkontrolle erklärt, das Führen von einem Tagebuch für den täglichen Salzkonsum empfohlen und konkrete Ziele besprochen. Innerhalb von drei Tagen nach der Zustimmung zur Teilnahme an der Studie wurde ein Hausbesuch durchgeführt. Der Hausbesuch diente zum Erklären von Zusammenhängen zu Herzinsuffizienz, reduzierter Salzkonsum und Trinkmengerereduktion. Es wurde ein Aktionsplan erstellt und mit den Teilnehmern diskutiert wie die Umsetzung dessen aussehen könnte. Zur Datenerhebung wurden diverse Assessmentinstrumente benutzt. Die heart failure self-management behavior scale (erfasst das Selbstmanagementverhalten), die heart failure symptom distress scale (erfasst physische Probleme oder Symptome der Herzinsuffizienz) und der Gebrauch von Gesundheitsdiensten wurde durch Hospitalisationen und Notfallaufnahmen erfasst.

Die Intervention zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied bei der Interventionsgruppe in Bezug auf folgende Faktoren:

- Ausüben des Selbstmanagementverhaltens
- Ausarbeiten eines Aktionsplans und das setzen von Zielen
- Dokumentation der täglichen Salzzufuhr und Flüssigkeitseinnahme
- tägliches Gewichtsmessen und festhalten der Symptome
- bessere Selbstwirksamkeit für die Salz- und Flüssigkeitskontrolle

Allgemein lässt sich zusammenfassen dass die Interventionen die Symptome der Herzinsuffizienz signifikant gelindert haben. In Bezug auf den Gebrauch der Gesundheitsdienste wurde hingegen kein Unterschied festgestellt.

4.1.2 Kritische Würdigung

Die Forschungsfrage der betreffenden Studie hat grosse Überlappung mit der Fragestellung dieser Bachelorarbeit. Eine Randomisierung für die Einteilung in die zwei Gruppen wurde durchgeführt. Die Studie wurde in Taiwan gemacht, womit sich die Frage stellt, ob die Ergebnisse auf die Schweiz übertragen werden können, da grosse kulturelle Unterschiede bestehen und auch das Gesundheitswesen sehr unterschiedlich ist.

Beispielsweise wird in der Studie beschrieben, dass Patienten in Taiwan ein Rezept erhalten, welches maximal drei Monate gültig ist. Nach den drei Monaten müssen sie wieder zum Arzt gehen, was die Frequentierung von Gesundheitsdiensten intensiviert.

Betreffend die kulturellen Unterschiede ist es naheliegend, dass ein Akt wie Selbstmanagement stark von lokalen Gegebenheiten abhängt. Die Frage der Übertragbarkeit der Resultate auf die Schweiz stellt sich also ganz zentral.

Die Kontrollgruppe und Interventionsgruppe sind fast gleich gross, wobei das Sample mehrheitlich männlich ist. Dies könnte zur Folge haben, dass die Ergebnisse der Studie auch nur für Männer zutreffen. Die Methode zur Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben. Eine Besonderheit der Studie ist, dass die Intervention nach zwölf Wochen überprüft wird. Das ist einerseits eine kurze Zeit um wirklich nachhaltige Effekte prüfen zu können. Andererseits ist es für eine Wissenschaftliche Studie eine beachtliche Zeitspanne während welcher Patienten begleitet werden.

Die Assessmentinstrumente sind valide und reliabel und werden in der Studie genau beschrieben. Die Datenanalyse wird beschrieben und das Signifikanzniveau erwähnt mit $\alpha=0.05$. Die Autoren sind Professoren einer Pflegeschule in Taiwan und Australien. Eine schriftliche Zustimmung der Teilnehmer wurde eingeholt, ebenso eine Zustimmung durch die Ethikkommission und das Spital. Die Ergebnisse werden klar dargestellt. Die Teilnehmer stammen nur aus zwei Spitälern, was eine Verallgemeinerung erschweren könnte. Von zentraler Bedeutung für diese Bachelorarbeit ist, dass alle einzelnen Interventionen kombiniert als Ganzes untersucht wurden. Man weiss somit nicht, welche einzelne Intervention effizient war und wie sich die Interventionen zueinander verhalten. Es werden alle Resultate diskutiert und mit andern Studien verglichen. Bei der Umsetzung für die Praxis wird erwähnt, dass die Intervention beim Austrittsmanagement angewendet werden soll, genaueres wird aber nicht gesagt. Wer welche Intervention durchführen soll, ob eine Pflegeperson im Spital, oder eine ambulante Stelle, bleibt unklar. Finanzielle Aspekte werden nicht erwähnt.

4.2 Studie 2

4.2.1 Zusammenfassung

Die Studie von Riegel, Dickson, Hoke, McMahon, Reis und Sayers (2006) geht von der Hypothese aus, dass ein motivierender, beratender Ansatz Patienten nachhaltig anregt, sich im Selbstmanagement bei Herzinsuffizienz zu engagieren. Das Ziel der Studie war, durch Interviews herauszufinden, welche Interventionen einen Effekt haben.

Interventionen sollen die Entscheidungsfindung beim Selbstmanagement vereinfachen und wenn immer möglich soll die Familie mit einbezogen werden. Die Studie verwendet ein gemischtes Design (qualitativ und quantitativ). Das Sample bestand aus 15 Teilnehmern, die meisten waren weiblich, weiss, hatten einen Hochschulabschluss, waren erfahren mit Herzinsuffizienz NYHA 2 (die Diagnose bestand seit mehr als zwei Monaten). Das Durchschnittsalter war 59.7 Jahre. Die Studie wurde in Philadelphia durchgeführt. Die Daten wurden durch Telefonanrufe oder Hausbesuche, zu Beginn und nach der Intervention, erhoben. Die Interviews wurden durch eine Advanced Practice Nurse (=APN) geführt, welche zuvor von Experten geschult wurde. Drei (± 1.5) Heimbefuche haben über eine Zeitspanne von drei Monaten stattgefunden. Das Selbstmanagement wurde durch

den Self-Care of HF index erfasst und das Wissen über Herzinsuffizienz durch Representations (=Abbildungen). Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und codiert. Eine Verblindung hat stattgefunden.

Bei zwölf von fünfzehn Teilnehmern hat eine Verbesserung des Selbstmanagements stattgefunden. Bei zwölf von vierzehn wurde eine Verhaltens- und/oder Gesprächsänderung festgestellt. Die Erkenntnisse der Studie wurden in Kategorien zusammengefasst:

- Kommunikation: Reflektierendes Zuhören, Empathie ausdrücken
- Es passend machen: Kulturelle Vorstellungen anerkennen, überwinden von Barrieren und Einschränkungen, einen Aktionsplan aushandeln
- Übergang vom Spital nach Hause: Bereitstellen von Information, Fertigkeiten bilden, unterstützende Ressourcen aktivieren

Die Kategorien wurden beschrieben und mit Zitaten veranschaulicht. In der Diskussion wurde erwähnt, dass diese Art der Edukation in der Praxis bisher nicht angewendet wird. Es wurde darauf hingewiesen, dass mehr Forschung nötig ist, um die Intervention ausführlich zu testen.

4.2.2 Kritische Würdigung

Die Studie widmet sich einem Teilaspekt der Fragestellung dieser Arbeit. Sie geht nicht spezifisch auf die Trinkmenge- und Salzreduktion ein, ist aber trotzdem wesentlich, da auf die Förderung des Selbstmanagements Bezug genommen wird. Die Stichprobengröße ist für den qualitativen Fokus der Studie ausreichend. Die Teilnehmer wurden ausgewählt, da sie wegen der Herzinsuffizienz im Spital waren. Die Datenanalyse wird klar beschrieben und in Tabellen dargestellt. Es wird nicht erwähnt, ob eine Ethikkommission die Zustimmung zur Studie gab, oder ob die Teilnehmer ein schriftliches Einverständnis unterschrieben. Die Autoren sind in verschiedenen Bereichen tätig; Professor an einer Pflegeschule, Doktorand, APN, Professor für Psychologie und Professor für Psychiatrie. Die Kategorien sind verständlich beschrieben. Die Intervention wurde von einer APN durchgeführt und es wird nicht erwähnt, wie diese auf die Aufgabe vorbereitet wurde. Dies erschwert die Übertragbarkeit der Intervention.

4.3 Studie 3

4.3.1 Zusammenfassung

Die Studie von Boyde, Song, Peters, Turner, Thompson und Stewart (2013) wurde in Australien durchgeführt. In der Studie geht es um die Untersuchung der Wirksamkeit eines Handbuchs zur Selbstpflege, ergänzt durch eine beigelegte DVD. Die Forschungsfrage war, ob Patienten mit einer Herzinsuffizienz einen Wissenszuwachs und eine Verbesserung des Selbstpflegeverhaltens im Anschluss an eine edukative Intervention zeigen. Die Forscher gingen davon aus, dass ausgeprägtes Selbstpflegeverhalten die Rehospitalisationsrate verringert und die Lebensqualität verbessert. Patienten bevorzugen laut Boyde et al. (2013) Lernmaterial, das durch mehr als ein Medium präsentiert wird. Das Design war eine quantitative Studie mit einer Interventionsgruppe. Kontrollgruppe wurde keine beigezogen. Die 38 Teilnehmer wurden durch Flyer zur Studie eingeladen. Die meisten waren männlich, verheiratet und litten seit mehr als vier Jahren an Herzinsuffizienz. Die Teilnehmer waren zwischen 65 und 74 Jahren alt. Die Daten wurden mittels Fragebogen zu Beginn und nach Ablauf von acht Wochen erhoben. Das Handbuch (go getting on with heart failure) enthält breitgestreute Information zu Herzinsuffizienz, Symptomen, Selbstpflege, Medikamenten, Diät, Aktivität, Emotionen und Zukunftsperspektiven. Die DVD (so you have been diagnosed with heart failure) informiert über Spitalerfahrungen, Selbstpflege (=Handlungen die ausgeführt werden, um die Gesundheit zu erhalten), Medikamente, tägliches Gewichtsmessen, Ruhe, Essen und körperliche Übungen. Die DVD wurde zu Beginn in der Gruppe angeschaut und dann als Kopie nach Hause mitgegeben. Das Handbuch wurde erklärt und ebenfalls nach Hause mitgegeben. Jede Woche sollten die Teilnehmer ein Thema im Handbuch durchlesen und dazu multiple-choice Fragen beantworten. Die Lösungen waren am Ende des Buchs auffindbar.

Verwendet wurden die Assessmentinstrumente the test of functional health literacy in adults (zur Erfassung des Leseverständnisses), die Dutch heart failure knowledge scale (zum Erfassen vom Wissen über Herzinsuffizienz) und der Self-care of heart failure index (erfasst das Selbstpflegeverhalten).

Die Datenanalyse wird beschrieben und das Signifikanzniveau bei $\alpha=0.05$ festgelegt. Eine Genehmigung bei der Ethikkommission wurde eingeholt, ebenso eine schriftliche

Zustimmung der Teilnehmer. Die Ergebnisse der Studie zeigten einen signifikanten Unterschied im Wissen nach acht Wochen, verglichen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Spital, und eine signifikante Verbesserung der Selbstpflege. Im Diskussionsteil wurde beschrieben, dass es für eine Verbesserung im Selbstpflegeverhalten mehr als eine Informationsquelle benötigt (Kombination von Handbuch und DVD). Besonders Patienten mit einer niedrigen Gesundheitsbildung profitieren von der DVD. Als Vorteil der gewählten Methode wurde erwähnt, dass die Teilnehmer in ihrer gewohnten Umgebung und in ihrem eigenen Tempo lernen konnten.

4.3.2 Kritische Würdigung

Die Studie bezieht sich auf die Selbstpflege, die ein Teil des Selbstmanagements ist. Die Trinkmenge- und Salzreduktion sind sowohl im Handbuch als auch in der DVD thematisiert. Das Studiendesign erlaubte nur die Untersuchung der Interventionsgruppe. Warum man sich für dieses Design entschieden hat wird nicht begründet. Das Sample ist eher klein und es ist zufällig zustande gekommen. Ein Flyer hat auf die Studie aufmerksam gemacht und Freiwillige konnten sich anmelden. Gegen eine verallgemeinerbare Aussage der Studie sprechen vor allem folgende beide Faktoren:

- Das Sample ist mehrheitlich männlich
- Es ist nicht klar ob zu Beginn und nach acht Wochen ein unterschiedlicher oder der gleiche Fragebogen verteilt wurde. Falls derselbe Fragebogen zum Einsatz kam, hat der Wiedererkennungseffekt grossen Einfluss auf die Antworten

Das Handbuch und die DVD werden als evidenzbasiert beschrieben, die Messinstrumente sind reliabel und valide. Die Datenanalyse ist nachvollziehbar. Die Autoren arbeiten als Kardiologen, an Pflegeschulen und in der Forschung. Die Ergebnisse sind umfänglich und klar beschrieben. Die Teilnehmer wussten, dass sie getestet werden, da beim gewählten Design keine Verblindung oder Randomisierung möglich ist. Zusätzlich könnte dies dazu geführt haben, dass die Teilnehmer besonders motiviert gelernt haben. Die Intervention wurde nach acht Wochen überprüft, was eine kurze Zeitspanne ist um einen nachhaltigen Effekt festzustellen.

Das Handbuch und die DVD wurden in Australien angewendet. Inwiefern diese Medien in der Schweiz angewendet werden können, ist schwierig abzuschätzen. Im günstigsten Fall

braucht es bloss eine Übersetzung der DVD und des Handbuchs ins Deutsche inkl. Rückübersetzung zwecks Kontrolle, ob der Inhalt noch immer gleich ist. Die Teilnehmer haben sich das Wissen selbständig erarbeitet, was sehr kostengünstig ist. Vermutlich wäre aber eine minimale Struktur, zum Beispiel in Form von zusätzlicher Beratung oder das Angebot das Wissen zu Prüfen, sinnvoll gewesen.

4.4 Studie 4

4.4.1 Zusammenfassung

Die Studie von Dunbar, Clark, Reilly, Gary, Smith, McCarty, Higgins, Grossniklaus, Kaslow, Frediani, Dashiff und Ryan (2013) wurde in Atlanta durchgeführt. Untersucht wurde eine Patient-Familie Partnerschaftintervention, die für eine Salzreduktion und bessere Medikation entworfen wurde. Verglichen wurde diese Intervention mit einer Patient-Familien- Edukationsintervention und mit normaler Pflege. In der Zusammenfassung und Würdigung dieser Studie wird nicht weiter auf die medikamentöse Intervention eingegangen, da dies nicht Teil dieser Bachelorarbeit ist. Die Hypothese besagt, dass die Patient-Familien-Partnerschaftintervention eine grössere Salzreduktion und Adhärenz (=Therapietreue) erzielt, verglichen mit einer Patient-Familie Edukationsintervention und mit normaler Pflege. Die Studie stützte sich darauf, dass auch Familienangehörige von der Krankheit betroffen sind und darum bei der Zubereitung von salzarmer Kost unterstützend wirken. Soziale Unterstützung, Motivation und Kommunikation werden als zentrale Aspekte einer wirkungsvollen Selbstpflege beschrieben. Gewählt wurde ein quantitatives Design mit drei Gruppen. Eine Randomisierung wurde durchgeführt. Die 117 Teilnehmer waren in drei verschiedenen Universitätskliniken in Atlanta hospitalisiert. Sie waren zwischen 30 und 79jährig und litten an Herzinsuffizienz NYHA 2 und 3. 53 Teilnehmer haben gewöhnliche Pflege erhalten, 59 Teilnehmer die Patient-Familien Edukation und 58 die Familie-Partnerschaftintervention. Die Datenerhebung wurde zu Beginn, dann noch einmal nach vier Monaten und abschliessend nach acht Monaten durchgeführt. Die Gruppe mit der gewöhnlichen Pflege hatte eine Broschüre erhalten („take control of your heart failure“) die einen allgemeinen Überblick über Herzinsuffizienz und Salzreduktion verschaffte. Falls möglich wurden Familienangehörige mit einbezogen. Die Gruppe Patient-Familienedukation erhielt eine

Stunde Edukation und damit einen allgemeinen Überblick über Herzinsuffizienz, die Symptome der Flüssigkeitsretention, die Grundprinzipien und Möglichkeiten der Salzreduktion, das tägliche Gewichtsmessen und körperliche Aktivitäten. Zusätzlich wurden individuelle Fragen beantwortet. Nach zwei Monaten wurde erneut eine Edukation von zwei Stunden durch Pflegeexperten über Salzreduktion durchgeführt. Im Speziellen umfasste die zweite Edukation Information zu Rezepten, zu salzarmen Nahrungsmitteln und deren Zubereitung. Auch wurden zwei Broschüren („taking control of heart failure“ und „how to follow a low sodium diet“) und eine DVD („heart failure basics to better care“) abgegeben. Ebenfalls nach zwei Monaten wurde von den Organisatoren der Studie ein individuelles Feedback eingeholt. Abschliessend, nach vier Monaten, fand eine Telefonedukation statt und es erfolgte ein Rückblick über die gesamte Edukation. Die Gruppe der Familie-Partnerschaftintervention erhielt dieselben Interventionen wie die Patient-Familieedukations Gruppe. Zusätzlich wurden aber zwei Stunden Familie-Partnerschaftedukation durchgeführt, im Beisein von Patienten und Familienmitgliedern. Die Edukation informiert über das Leben mit Herzinsuffizienz. Als Ergänzung wurden Rollenspiele durchgeführt. Erfasst wurde im 24-Stunden Urin Natrium, Kreatinin und Urea, das Wissen wurde durch den Atlanta Heart Failure Knowledge Test erfasst, die vom Patient wahrgenommene Autonomieunterstützung durch den Family Care Climate Questionnaire-Patient version und die Family Emotional Involvement and Criticism Scale erfasste die wahrgenommene Familienkritik. Zur Erfassung depressiver Symptome wurde die Beck Depressive Inventory II verwendet. Das Signifikanzniveau zum statistischen Vergleich der drei Gruppen wurde bei $\alpha=0.05$ festgelegt. Eine schriftliche Zustimmung der Teilnehmer wurde eingeholt und auch die Bewilligung durch die Kommission der jeweiligen Institution. Erzielt wurde nach vier Monaten eine Reduktion vom Natriumgehalt im Urin bei der Patient-Familieinterventionsgruppe und bei der Familie-Partnerschaftinterventionsgruppe. Die Werte waren signifikant tiefer als bei der Gruppe die gewöhnliche Pflege erhielt. In der Diskussion der Studie wurde erwähnt, dass Patienten mit einer Herzinsuffizienz und auch deren Familien eine wiederholte Edukation benötigen um die Information zu verinnerlichen.

4.4.2 Kritische Würdigung

Die Studie fokussiert auf die Salzreduktion, also auf einen Teilaspekt dieser Bachelorarbeit. Die Frage ist klar formuliert und der theoretische Bezugsrahmen nachvollziehbar. Die Stichprobengrösse ist für das Design gross und die drei Gruppen unterscheiden sich kaum von der Teilnehmerzahl her. Es gibt viele Dropouts (anfangs waren es 170 Teilnehmer, bis am Ende nur noch deren 117). Die Datenerhebung ist sehr komplex und die drei Gruppen können anhand der Interventionen nur umständlich unterschieden werden. Dies auch, da die Interventionen komplex sind. Die Auswahl der Instrumente wird begründet. Sie sind valide und reliabel. Die Datenanalyse ist nachvollziehbar. Die Autoren kommen aus unterschiedlichen Bereichen, wie Medizin-, Pflege und Public-Health-Schulen und der Psychologie. Die Ergebnisse sind klar dargestellt. Es wird jeweils ein Aggregat von Interventionen untersucht. Der Einfluss jeder einzelnen Intervention kann nicht bestimmt werden und es ist somit fraglich, ob wirklich alle Interventionen sinnvoll und nützlich sind. Die Patient-Familienintervention konnte nicht verblindet werden, was das Verhalten der Patienten und somit die Resultate beeinflussen kann. Die Edukation wurde teils durch einen Pflegeexperten durchgeführt. Eine Schwäche der Arbeit ist, dass die Umsetzung in die Praxis fehlt. Die finanziellen Aspekte bleiben unklar.

4.5 Studie 5

4.5.1 Zusammenfassung

Die Studie von Welsh, Lennie, Marcinek, Biddle, Abshire, Bentley und Moser (2013) wurde in Kentucky durchgeführt. Das Ziel der Studie war die Kurz- und Langzeitauswirkung einer theoriebasierten Edukationsintervention auf die Salzzufuhr bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz zu erforschen. Untersucht wurde ebenfalls der Kurz- und Langzeiteffekt auf die Einstellung der Patienten, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle während dem Befolgen einer salzreduzierten Diät. Die Studie basiert auf einem RCT Design, die Kontrollgruppe umfasste 25 Teilnehmer, die Interventionsgruppe 27. Das Durchschnittsalter des Samples liegt bei 59.2 plus minus 8.3 Jahren. Die Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Studie in drei unterschiedlichen Kliniken hospitalisiert (Kardiologische Klinik, Allgemeinspital und Universitätsspital). Mit einbezogen

wurden Teilnehmer mit einer Herzinsuffizienz NYHA 2-4. Die Teilnehmer wurden zufällig einer der beiden Gruppen zugeteilt. Die Daten wurden zu Beginn der Studie, dann nach sechs Wochen und nach sechs Monaten erfasst. Die Kontrollgruppe erhielt die normale Pflege ohne zusätzliche Instruktion. Die Interventionsgruppe erhielt Hausbesuche oder Telefonanrufe von einer Pflegefachfrau und dadurch Instruktionen zu einer salzreduzierten Diät. Die Intervention wurde sechs Mal pro Woche und über eine Dauer von gesamthaft sechs Wochen durchgeführt. Erklärt wurden die Symptome von Flüssigkeitsüberschuss, die Teilnehmer lernten das Identifizieren von Nahrung mit hohem und tiefem Salzgehalt, sie erlernten Strategien um die Salzzufuhr zu reduzieren und erhielten Tipps, falls sie ausserhalb von zu Hause speisen sollten. Die Interventionsgruppe notierte die Salzzufuhr in einem Drei-Tage-Tagebuch zu Beginn, nach sechs Wochen und nach sechs Monaten. Benutzt wurde eine spezielle Software, um den Salzgehalt vom Essen zu erfassen; die Nutrition Data Systems-Research Software. Um die mentale Einstellung der Teilnehmer, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle zu erfassen wurde der Dietary Sodium Restriction Questionnaire benutzt. Die schriftliche Zustimmung der Teilnehmer wurde eingeholt, ebenso die Zustimmung der Kommission der jeweiligen Institution. Nach sechs Wochen wurde noch kein Unterschied in der Salzzufuhr festgestellt. Nach sechs Monaten war die Salzzufuhr bei der Interventionsgruppe jedoch signifikant kleiner. Kein signifikanter Unterschied der Einstellung wurde zu Beginn und nach sechs Monaten erfasst. Nach sechs Wochen war die Einstellung der Interventionsgruppe signifikant höher. Keinen Unterschied gab es bei der subjektiven Norm und bei der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle, nicht zu Beginn, nicht nach sechs Wochen und auch nicht nach sechs Monaten. Teilnehmer gaben beispielsweise an, die Diät ausschliesslich dem Arzt zuliebe zu befolgen. Die Kosten für die Nahrungsmittel fanden sie eher zu hoch und die Essenszubereitung aufwändig. In der Diskussion der Studie wurde erwähnt, dass das Wissen über den positiven Effekt des Befolgens einer salzreduzierten Diät die tägliche Salzzufuhr nachhaltig beeinflussen kann. Werden die Betroffenen explizit durch Gesundheitsfachpersonen unterstützt und ermutigt, kann sich das positiv auf das Einhalten einer salzarmen Diät auswirken.

4.5.2 Kritische Würdigung

Die Forschungsfrage der Studie fokussiert auf nachhaltige Interventionen zur Salzreduktion und nicht in erster Linie auf das Selbstmanagement. Das Sample der Studie ist eher klein, die Teilnehmer stammen aus unterschiedlichen Spitälern in Kentucky. Die Berücksichtigung von Patienten aus unterschiedlichen Kliniken trägt zu der Allgemeingültigkeit der Resultate bei. Die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sind ähnlich gross gewählt. Dropouts kommen während der Studie vor und werden von den Autoren thematisiert. Die Dokumentation im Drei-Tage-Tagebuch ist nicht klar beschrieben. Bei der Dokumentation stellt sich generell die Objektivitätsfrage, da die Berichte selber erfasst wurden. Eine spannende Frage ist auch, wie sich das Essverhalten der Interventionsgruppe in den nicht dokumentierten Tagen gestaltet.

Das Verfahren der Datenanalyse und die verwendeten Tests werden klar beschrieben. Die Autoren arbeiten an Universitäten in den USA. Die verwendeten Instrumente sind reliabel und valide. Die Ergebnisse werden verständlich dargestellt und alle Resultate werden diskutiert. Die Umsetzung in die Praxis wird nicht erwähnt. Ob die Pflegefachperson, welche die Intervention durchführt, eine spezielle Ausbildung benötigt bleibt unklar und wie bereits in vorhergehenden Studien werden auch hier die finanziellen Aspekte der Interventionen nicht weiter thematisiert.

4.6 Studie 6

4.6.1 Zusammenfassung

Die Studie von Smeulders, Van Haastregt, Ambergen, Uszko-Lencer, Janssen-Boyne, Gorgels, Stoffers, Lodewijks-van der Bolt, van Eijk und Kempen (2010) wurde in Holland durchgeführt. Der theoretische Bezugsrahmen ist die Selbstwirksamkeit von Bandura. Das Selbstmanagementprogramm, welches getestet wird heisst Chronic Disease Self-Management Programme (=CDSMP). Das Ziel der Studie war das Abwägen des Effektes von CDSMP auf psychosoziale Eigenschaften, das Selbstpflegeverhalten und die Lebensqualität von Patienten mit Herzinsuffizienz. Die Studie hat ein RCT Design gewählt. Die Kontrollgruppe bestand aus 131 Teilnehmern, die Interventionsgruppe aus 186. Die Teilnehmer waren aus sechs verschiedenen Spitälern und hatten eine Herzinsuffizienz NYHA 2-3. Das Durchschnittsalter betrug 66.7 Jahre. Die Daten wurden zu Beginn der

Studie, nach sechs und nach zwölf Monaten erhoben. Eine Randomisierung und Verblindung der Teilnehmer wurde vorgenommen. Diverse Assessmentinstrumente wurden angewendet: General Self-efficacy Scale, Cardiac Self-efficacy Questionnaire, Coping with Symptoms Scale, European Heart Failure Self-Care Behavior Scale, RAND Health Survey, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, Visual analogue scale (wahrgenommene Autonomie) und Hospital Anxiety and Depression Scale. Die Kontrollgruppe erhielt normale Pflege. Die Interventionsgruppe erhielt normale Pflege und nahm zusätzlich während sechs Wochen am CDSMP teil. Jeder Unterricht dauerte 2.5 Stunden. Unterrichtet wurden medizinische, soziale und emotionale Selbstmanagementfähigkeiten. Vier Strategien wurden verwendet, um die Selbstwirksamkeit zu fördern:

- nötige Fertigkeiten wurden durch Ziele setzen und Erstellen eines Aktionsplans gefördert,
- die Reinterpretation der Symptome durch Symptommanagement und reduzieren der Symptomprobleme,
- modellieren und soziale Überzeugung durch motivieren, um Verhalten und Vorstellungen zu ändern.

Der Unterricht wurde durch eine Pflegefachperson, die auf Kardiologie spezialisiert ist durchgeführt und begleitet von einer Patientin die selber an Herzinsuffizienz leidet. Für den Unterricht wurde ein Buch („living a healthy life witz chronic conditions“) verwendet. Die unterschiedlichen Analyseverfahren sind ausführlich beschrieben. Eine schriftliche Zustimmung der Teilnehmer und eine Genehmigung durch die Ethikkommission wurden eingeholt.

Kurz nach Beginn der Studie zeigte sich ein signifikanter Effekt auf das kognitive Symptommanagement, das Selbstpflegeverhalten und auf die kardiospezifische Lebensqualität. Dieser positive anfängliche Effekt stellte sich jedoch ein und konnte weder nach sechs noch nach zwölf Monaten mehr festgestellt werden. Es zeigte sich auch kein Effekt auf die allgemeine Lebensqualität, die wahrgenommene Autonomie oder auf negative Gefühle wie Angst und Depression. In der Diskussion der Studie wurde zusammengefasst, dass nur ein Kurzzeiteffekt sichtbar ist. Gründe werden in der

durchwegs hohen Qualität der Standardpflege in Holland vermutet. Damit ist es schwierig durch zusätzliche Interventionen einen signifikanten Effekt zu erzielen.

4.6.2 Kritische Würdigung

Die Forschungsfrage der Studie bezieht sich auf das Selbstmanagement generell und nicht auf spezifische Massnahmen wie die Trinkmenge- oder Salzreduktion. Der Bezug zur Theorie ist klar ersichtlich, da das Selbstmanagement auf den vier Aspekten der Selbstwirksamkeit von Bandura aufgebaut ist. Es wurden verschiedene Spitäler in Holland ausgewählt, was die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse stärkt. Die Zeitspanne von zwölf Monaten sollte ausreichend sein, um einen nachhaltigen Effekt erfassen zu können. Es werden viele unterschiedliche Messinstrumente benutzt. Diese werden präzise erklärt und sie sind valide und reliabel. Die Unterrichtszeit beschränkt sich auf sechs Wochen, danach wurden keine weiteren Interventionen mehr durchgeführt. Sechs Wochen scheinen zu kurz, um einen langfristigen Effekt auf das kognitive Symptommanagement, das Selbstpflegeverhalten und die kardiospezifische Lebensqualität zu erreichen. Die Schulung fand stets in Gruppen statt, somit konnten individuelle Probleme nicht erfasst werden. Dies wäre vermutlich wichtig gewesen um tiefere Einblicke in das Befinden der Studienteilnehmer zu erhalten. Die Datenanalyse ist verständlich beschrieben. Die Autoren sind in unterschiedlichen Bereichen tätig: Forschung, Kardiologie, Pflege, Hausarzt, Medizin und Gerontologie. Die Ergebnisse sind in Text und Tabellen klar präsentiert.

Die Autoren zeigen sich überrascht über die gemischten Resultate und erwägen, dass eventuell die kurze Schulungszeit einer Langzeitwirkung der Massnahmen hemmend im Wege gestanden hat. Die Autoren schreiben, dass eine Wiederholung der Schulung oder im Mindesten Telefonanrufe nach einer gewissen Zeit sinnvoll gewesen wären. Die Umsetzung des Programms in der Praxis wird in dieser Studie beschrieben (Unterricht durch Pflegeperson und erfahrenen Patient), finanzielle Aspekte werden aber nicht genannt.

5 Diskussion

Die Herzinsuffizienz bedeutet für die Betroffenen oft eine Einschränkung der Lebensqualität und die Rehospitalisationsrate ist die Höchste aller chronischen Erkrankungen (Schweizerische Herzstiftung, 2004). Es wird vermutet dass zwischen einem Drittel und der Hälfte dieser Rehospitalisationen durch Patientenedukation verhindert werden könnte (Boyde et al., 2013). Patientenedukation ist in diesem Zusammenhang als eine Stärkung des Selbstmanagement zu verstehen, welches die Lebensqualität verbessern, die Mortalität senken und die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisation verringern kann (Bläuer et al., 2006).

In der Praxis wird beobachtet, dass vor allem die Umsetzung der Salzreduktion und Trinkmengereduktion den Patienten mit einer Herzinsuffizienz grosse Mühe bereitet. Auf diesem Umstand gründet die Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit:

Welche pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten können im akuten Setting angewandt werden, welche die Selbstmanagementkompetenzen von Patienten mit einer Herzinsuffizienz bei der Einhaltung der eingeschränkten Trinkmenge und Salzreduktion nachhaltig verbessern?

Die Fragestellung wurde durch zwei Strategien bearbeitet. Zum einen wurden eingangs dieser Arbeit die zentralen theoretischen Konzepte erklärt. Zum anderen wurden durch eine gezielte Literaturrecherche sechs Studien identifiziert, welche einen für diese Arbeit relevanten Bereich abdecken.

Im Verlaufe der Diskussion werden in einem ersten Schritt die wichtigsten Ergebnisse der sechs Studien noch einmal zusammengetragen und verglichen. In einem Folgeschritt werden die Erkenntnisse aus den Studien in den Kontext der eingangs besprochenen Theorien gestellt. Neben der Beantwortung der Forschungsfrage hat die Diskussion das Ziel, Möglichkeiten für die Praxis zu eruieren und Lücken in der aktuellen Forschung zu identifizieren.

5.1 Ergebnisse

Die Studie 1 bezieht sich auf alle drei **zentralen Elemente** der Fragestellung, das Selbstmanagement, die Flüssigkeits- und Salzreduktion. Die übrigen fünf Studien beziehen sich jeweils nur auf Teilaspekte der Forschungsfrage. Studie 2, 3 und 6 beziehen sich beispielsweise auf Selbstmanagement und Studie 4 und 5 auf Salzreduktion.

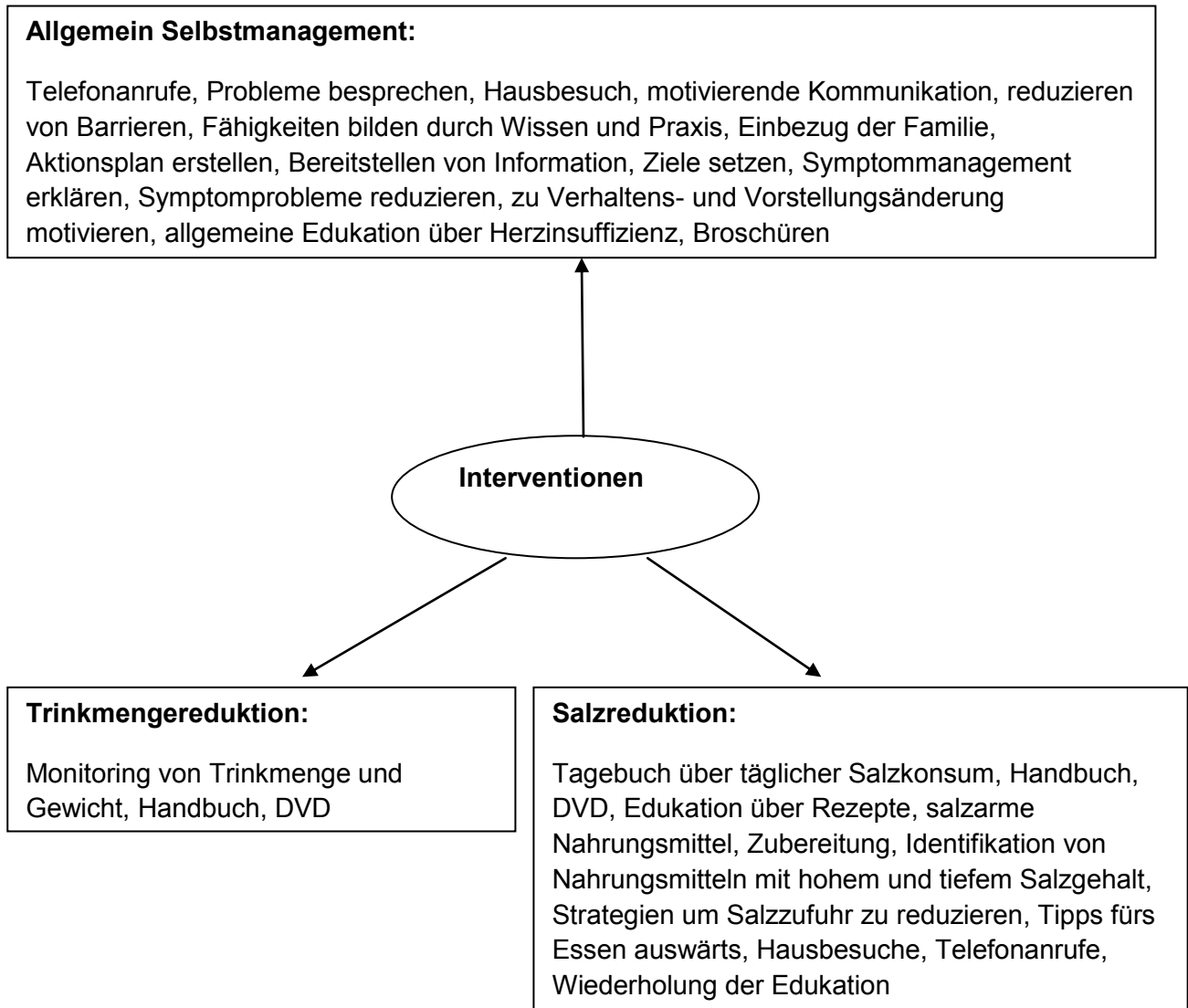
Die Studien sind **global verteilt**. Eine Studie wurde in Taiwan durchgeführt (Studie 1), drei in den USA (Studie 2, 4 und 5), eine in Australien (Studie 3) und eine in Holland (Studie 6). Die weite geographische Verteilung hat den positiven Effekt, dass keine Erdengegend ganz aus der Arbeit ausgeschlossen ist. Auf der negativen Seite könnte erwähnt werden, dass damit auch die Vergleichbarkeit der Resultate in Mitleidenschaft gezogen wird.

Die Studie 3 testet die Wirksamkeit eines Handbuches und einer DVD zur Förderung des Selbstmanagements. Die andern fünf Studien nutzten jeweils ein komplexes Aggregat an unterschiedlichen **Interventionen**. Generell lässt sich sagen, dass es an Studien mangelt, die einzelne Massnahmen und gezielte Kombinationen von wenigen Massnahmen testen und damit eine klare Aussage über Wirkungen und Wechselwirkungen machen können.

Die **Zeitspannen** in den Studien, zwischen welchen die Wirksamkeit der Interventionen evaluiert wird, sind sehr unterschiedlich. Die längste Zeitspanne wurde in Studie 6 mit zwölf Monaten gewählt. Es ist eine zentrale Frage, wie lange die Zeitspanne sein sollte, um Aussagen wagen zu können, ob Interventionen einen nachhaltigen Effekt haben. Interessant ist, dass gerade in Studie 6, wo über die längste Zeitspanne getestet wurde, nur zu Beginn ein signifikanter Unterschied festgestellt werden konnte. Nach zwölf Monaten war kein Effekt der Interventionen mehr messbar. In diesem Kontext könnte es hilfreich sein, Literatur zur Pädagogik und damit zum optimalen und langfristigen Übermitteln von Wissen zu Hilfe zu nehmen.

Abbildung 5 dient einer Übersicht zu den getesteten Interventionen und deren Auswirkung auf das Selbstmanagement. Dazu wurden die Ergebnisse aus allen sechs Studien in drei Themenbereiche unterteilt.

Abbildung 5: Interventionen der sechs Studien in Themenbereiche unterteilt (durch Autorin erstellt)



5.2 Bezug zur Theorie

Wie in den Theoriekapiteln erläutert, sollen **Selbstmanagementprogramme** gemäss Klug Redman (2008) Problemlösungsfertigkeiten vermitteln, klinisches Urteilsvermögen entwickeln, die Selbstwirksamkeit fördern und das Selbstvertrauen stärken. Zusätzlich sollen Symptome interpretiert werden können.

Die meisten dieser Aspekte können in den sechs Studien wiedergefunden werden. Das klinische Urteilsvermögen des Patienten kann wie in den Studien beschrieben durch das Erläutern des Krankheitsbildes Herzinsuffizienz gefördert werden.

Problemlösungsfertigkeiten können durch das Setzen von Zielen und das Erstellen eines Aktionsplans unterstützt werden, auch dies ist Bestandteil der Studien. Die Selbstwirksamkeit ist die theoretische Grundlage von zwei der gewählten Studien (Studie 1 und 6) und das neu interpretieren von Symptomen kann durch Edukation und Symptommanagement vermittelt werden. Auch dies hat Eingang in die berücksichtigten Studien gefunden.

Das **Transtheoretische-Modell** zeigt auf, wie eine **Verhaltensänderung** von Statten geht und welche Phasen durchlaufen werden. Das Modell verdeutlicht, dass Verhaltensänderung ein langwieriger Prozess ist und dass Patienten einfach in frühere Phasen zurückfallen können. Interessanterweise lässt sich genau dieses Phänomen in mehreren Studien nachlesen. In Einzelfällen müssen Intervention wiederholt werden und in mehreren Fällen kann ein Rückfall in Form von Verlernen von einst gelernten Selbstmanagement Fähigkeiten festgestellt werden. Klug Redman (2009) verweist in diesem Kontext darauf, dass die Edukation an das Veränderungsstadium angepasst werden sollte. Das wiederum wurde in den Studien insofern berücksichtigt, als sich die Interventionen über die Zeit ändern. Eine Anpassung der Interventionen an die individuelle Verhaltensänderung eines einzelnen Patienten wurde in keiner Studie erwogen.

Ein Hilfsmittel, wie die Edukation mit dem Patienten gestaltet werden soll, bietet die **motivierende Gesprächsführung** mit den fünf Beratungstechniken: Empathie zeigen, Diskrepanz erzeugen, Auseinandersetzung vermeiden, mit Widerstand flexibel umgehen und erneut die Selbstwirksamkeit fördern. Obwohl die motivierende Gesprächsführung in

den Studien zur Anwendung kommt, wird nicht auf die fünf Elemente aus der Theorie verwiesen. Ob dies den Studien zum Nachteil gereicht lässt sich aber nicht feststellen.

Das **Health-Belief-Modell** fusst darauf, dass Menschen nur etwas für ihre Gesundheit leisten, wenn sie vom Gesundheitszustand persönlich betroffen sind, wenn der Krankheitszustand ihr Leben ernsthaft beeinflusst, wenn die Vorteile einer Veränderung die Barrieren überwiegen und wenn sie das Vertrauen haben, dass sie die Fähigkeiten haben, die Veränderung zu erwirken. In der Praxis bedeutet dies, dass dem Patient möglichst klar gezeigt werden muss, weshalb die Reduktion der Trinkmenge und der Salzzufuhr von eminenter Wichtigkeit sind und was die allfälligen Folgen eines Nicht-Beachtens sind. Implizit ist dieses Element des möglichst anschaulichen Erklärens in allen Studien vorhanden. Es wird beispielsweise mit DVDs gearbeitet, mit dem Hintergedanken, dass ein Buch oder Vortrag nicht in jedem Fall registriert werden. Zudem werden immer wieder persönliche Gespräche und Telefonanrufe eingeschaltet, unter anderem um die gleiche Information in unterschiedliche Hüllen zu verpacken und damit zum einen die Wichtigkeit von Selbstmanagement zu unterstreichen und zum anderen allfällige Barrieren abzubauen.

5.3 Beantwortung der Forschungsfrage

Anhand der zusammenfassenden Betrachtung der Studien und der Verlinkung der Studien mit Ansätzen aus der Theorie, beides wurde in den vorangehenden Kapiteln erarbeitet, haben wir alle Grundlagen zu Händen um final auf die Forschungsfrage einzugehen. Übergeordnet stellt sich heraus, dass eine Wiederholung der Edukation sinnvoll ist (Studie 4), der Einbezug der Familie (Studie 4 und 2), das Verwenden von unterschiedlichen Medien (Studie 3) und das Fördern der Selbstwirksamkeit (Studie 1 und 6; Theorie).

5.4 Grenzen dieser Arbeit

Bei dieser Bachelorarbeit wurden nur Studien ausgewählt, in welchen die getesteten Interventionen einen signifikanten Unterschied ausgemacht haben. Diese Einschränkung wurde vorgenommen, da die Gesamtheit aller Interventionen mit Bezug auf die Forschungsfrage den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte. Natürlich wäre es aber

spannend gewesen, wirksame und unwirksame Interventionen einander gegenüber zu stellen.

Die Studien haben als Intervention jeweils ein ganzes Paket an Interventionen getestet. Somit ist nicht ersichtlich, welche einzelnen Interventionen zur nachhaltigen Förderung des Selbstmanagements zur Salz- und Trinkmengereduktion am wichtigsten und effektivsten sind. Dies wiederum wird in der Forschungsfrage aber explizit erfragt. Die Interventionspakete unterscheiden sich von Studie 1 bis Studie 6, womit ein Vergleich schwierig ist.

5.5 Weiterführende Fragen

Spannend wären Studien, die einzelne Interventionen vergleichen, um herauszufinden, welche am effektivsten ist. Auch Empfehlungen für die konkrete Umsetzung in der Schweiz wären nützlich. Eine weitere Frage, die sich aus der Arbeit ergibt ist, welche Zeitspanne sinnvoll ist, um einen nachhaltigen Effekt aufzeigen zu können.

5.6 Empfehlungen für die Praxis

Die Empfehlungen für die Praxis werden anhand vom Modell EBN gemacht, wie unter Kapitel 2.4 beschrieben. Die Säule Wissen aus der Forschung wird durch die Studienergebnisse im Kapitel 4 zusammengetragen. Das Wissen aus der klinischen Erfahrung beinhaltet das Fachwissen der Pflegeperson. In diesem Kontext ist es sicher sinnvoll, bei Interesse der Patienten, mit der Ernährungsberatung zusammen zu arbeiten, um den Patienten kompetent über eine salzarme Kost zu instruieren. Die individuellen Wünsche, Ressourcen und Barrieren des Patienten sollten erfasst werden. Hier stellt sich die Frage, wer den Patienten bei der Umsetzung unterstützen kann, zum Beispiel durch Einbezug von Familienmitgliedern. Beim Wissen aus dem lokalen Kontext ist besonders der finanzielle Aspekt zu erwähnen. Fraglich ist, wie die Telefonanrufe und Heimbesuche finanziert werden, ebenso die Edukation. Langfristig gesehen bedeutet das Schulen vom Selbstmanagement jedoch eine Kostenreduktion, da Rehospitalisationen vermindert werden und die Lebensqualität des Patienten verbessert wird. Es würde sich somit für das Gesundheitssystem lohnen, in diesen Bereich zu investieren.

Literaturverzeichnis

- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and program planning*, 13(1), 9-17.
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*
- Bläuer, C., Erne, S., Bächtold, C., Eze, G., Junker, T. & Spirig, R. (2006). *Beratung von Patienten mit Herzinsuffizienz. Selbstmanagement verbessert Lebensqualität*.
Heruntergeladen von
https://www.unispitalbasel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Ressorts/Entw_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Publikationen/2010/blaeuerselbstmanagement2010.pdf; am 25.09.2014
- Boyde, M., Song, S., Peters, R., Turner, C., Thompson, D. R. & Stewart, S. (2013). Pilot testing of a self-care education intervention for patients with heart failure. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 12(1), 39-46.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Urban&Fischer.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W. & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults. A review and questions for research. *J Aging health*, (3), 3-27.
- Definition-online.de. (2012). *Definition Selbstmanagement*. Heruntergeladen von <http://definition-online.de/selbstmanagement/> am 09.02.2015

- Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Smith, A., McCarty, F., Higgins, M., Grossniklaus, D., Kaslow, N., Frediani, J., Dashiff, C. & Ryan, R. (2013). A trial of family partnership and education interventions in heart failure. *Journal of cardiac failure*, 19(12), 829-841.
- Huch, R. & Jürgens, K. D. (2011). *Mensch Körper Krankheit* (6. Aufl.). München: Urban&Fischer Verlag.
- Klug Redman, B. (2008). *Selbstmanagement chronisch Kranker. Chronisch Kranke gekonnt einschätzen, informieren, beraten und befähigen* (1. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Klug Redman, B. (2009). *Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (2., vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (Hrsg.). (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.
- Krum, H., Jelinek, M. V., Stewart, S., Sindone, A. & Atherton, J. J. (2011). 2011 update to National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia, 2006. *The Medical journal of Australia*, 194(8), 405-409.
- Lincoln & Guba. (Hrsg.). (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban&Fischer.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.
- Riegel, B. & Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient education and counseling*, 46(4), 287-295.

- Riegel, B., Dickson, V. V., Hoke, L., McMahon, J. P., Reis, B. F. & Sayers, S. (2006). A motivational counseling approach to improving heart failure self-care: mechanisms of effectiveness. *The Journal of cardiovascular nursing*, 21(3), 232-241.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175-183.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & Mc Cormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Nursing and health care management and policy*, 47(Journal of advanced nursing), 81-90.
- Schweizerische Herzstiftung (01.06.2004). *Zahlen, Fakten und Hintergrundinformationen zur Herzinsuffizienz*. Heruntergeladen von http://www.swissheart.ch/uploads/media/04_06_01_Herzinsuffizienz_ZahlenFakten_D.pdf am 21.09.2014.
- Shao, J., Chang, A., M., Edwards, H., Shyu, Y., Lotus & Chen, S. (2013). A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. *Journal of advanced nursing*, 69(11), 2458-2469.
- Smeulders, E., Van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boyne, J., Gorgels, A., Stoffers, H., Lodewijks-van der Bolt, C., van Eijk, J. & Kempen, G. (2010). Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 66(7), 1487-1499.
- van der Wal, M., Jaarsma, T., Moser, D. K., van Gilst, W. H. & van Veldhuisen, D. J. (2010). Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39(2), 121-130.
- Welsh, D., Lennie, T. A., Marcinek, R., Biddle, M. J., Abshire, D., Bentley, B. & Moser, D. K. (2013). Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 12(1), 87-95.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufige Ursachen und Leitsymptome der Links- und Rechtsherzinsuffizienz im Vergleich gemäss Huch und Jürgens (2011, S. 289)	7
Abbildung 2: Schematische Darstellung der Elemente des Health-Belief-Modells Klug Redamm (2005, S.19).....	11
Abbildung 3: Vier Quellen der Evidenz für patientenzentrierte, evidenzbasierte Praxis nach Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson und Mc Cormack, B. (2004).....	13
Abbildung 4: Flow-Chart (durch die Autorin erstellt)	17
Abbildung 5: Interventionen der sechs Studien in Themenbereiche unterteilt (durch Autorin erstellt)	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5: Stadien der New York Heart Assosiacion (NYHA)	6
Tabelle 2: Tabelle 2: Verwendete Keywords	16
Tabelle 3: Die sechs verwendeten Studien	21
Tabelle 4: Einschätzung der Studien mittels Gütekriterien	24

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich beim Erstellen der Bachelorarbeit unterstützt haben. Ganz besonders gilt dieser Dank Frau Ris, die mich auf diesem Weg betreut hat. Vielen Dank für ihre Geduld und Mühen.

Auch meinem Bruder, Curdin Derungs und meiner Berufskollegin Eva Horvath möchte ich fürs Durchlesen und Korrigieren der Arbeit danken.

Eigenständigkeitserklärung

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

Selina Derungs

Wortzahl

Abstract: 203 Wörter

Arbeit: 7871 Wörter

Anhang

Datenbank & Suchdokumentation

Datum	Datenbank	Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen)	Hits	Abstract	relevanter Artikel
23.09.2014	CINAHL	Heart failure* AND self care* (all adult) (all adult, 2000-2014) (all adult, 2009-2014)	326 179 173 118		
23.09.2014	CINAHL	Heart failure* AND self care* AND patient education* (all adult)	67 30	23	A randomized controlled trial of self- management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure
26.09.2014	CINAHL	Heart failure* AND self care* AND sodium dietary*	0		
26.09.2014	CINAHL	Heart failure* AND patient education* AND sodium, dietary*	2	1	
26.09.2014	CINAHL	Heart failure* AND self care* AND water supply*	0		

Datum	Datenbank	Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen)	Hits	Abstract	relevanter Artikel
26.09.2014	CINAHL	Heart failure* AND nursing interventions* (all adult) (all adult) (2009- 2014)	85 43 11	 34 11	
26.09.2014	CINAHL	Heart failure* AND nursing interventions* AND self care*	11	9	
10.10.2014	Medline	Self care* AND heart failure* (past 5 years) Self care* AND heart failure* AND patients*	570 331 1		
10.10.2014	Medline	Self care* AND heart failure* AND nursing* (past 5 years)	1 1		
10.10.2014	Medline	Self care* AND heart failure* AND patient education* (past 5 years)	214 98		Low-sodium diet self- management intervention in heart failure: pilot study results Pilot testing of a self-care education intervention for patients with heart failure

Datum	Datenbank	Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen)	Hits	Abstract	relevanter Artikel
10.10.2014	Medline	Self care* AND heart failure* AND sodium, dietary*	0		
10.10.2014	Medline	Self care* AND heart failure* AND water supply*	0		
23.10.2014	CINAHL	Life experiences* AND heart failure* AND thirst	15		
29.10.2014	CINAHL	Sodium dietary* AND patient education*	2	1	A trial of family partnership and education interventions in heart failure
29.10.2014	CINAHL	Self care* AND sodium, dietary*	2		
29.10.2014	CINAHL	Self care* AND water supply*	4222		
29.10.2014	CINAHL	Heart failure* AND self care* AND nursing interventions*	5	4	Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial
29.10.2014	PsycInfo	Self care skills* AND heart disorder*	98		
29.10.2014	PsycInfo	Self care skills* AND heart disorder* AND nursing*	5		
19.11.2014	PsycInfo	Self care skills* AND heart disorder* AND education*	9		A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care

Zusammenfassung und Würdigung der Studien

Zusammenfassung der Studie 1: A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problem: Die meisten Herzinsuffizienzsymptome sind durch Flüssigkeitsüberschuss mit Salzretention beeinflusst und führen zu einer hohen Rehospitalisationsrate. Viele dieser frühen Rehospitalisationen könnten durch eine Verbesserung des Herzinsuffizienzmanagements verhindert werden.</p> <p>Frage/Ziel: Herausfinden der Effizienz der Selbstmanagementintervention auf die Selbstwirksamkeit für Salz- und Flüssigkeitskontrolle, Selbstmanagementverhalten, Symptome und Gebrauch von Gesundheitsdiensten bei älteren nicht hospitalisierten Patienten mit Herzinsuffizienz in Taiwan.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Banduras Modell der Selbstwirksamkeit.</p> <p>Forschungslücke: Nur wenige Studien haben die Effektivität von Selbstmanagement bei Taiwanesen mit Herzinsuffizienz untersucht.</p>	<p>Design: Randomized controlled trial (=RCT)</p> <p>Sample: Zwei Spitäler in Taiwan Oktober 2006 bis Januar 2007. Alter als 65jährig, primäre oder sekundäre Herzinsuffizienz, NYHA 1 bis 3, wurden von der kardiologischen Abteilung im Spital entlassen, können chinesisch oder taiwanesisch sprechen und verstehen. Mehrheitlich Männer, Durchschnittsalter 72,04 Jahre. 46 Kontrollgruppe, 47 Interventionsgruppe (anfänglich 108)</p> <p>Datenerhebung: Studienstart, nach 4 Wochen, nach 12 Wochen Durch Assessmentinstrumente</p> <p>Messverfahren/-Instrumente, Intervention: Kontrollgruppe: normale Pflege (Umgang mit Herzinsuffizienz, Ursache, Symptome, Komplikationen, Medikation, Aktivität, Diät) Interventionsgruppe: normale Pflege und Telefonanrufe nach 3,7,11 Wochen (Probleme, Selbstmonitoring, Tagebuch, Ziele), Hausbesuch innerhalb von 3 Tagen nach Zustimmung (Erklären von Zusammenhängen, Aktionsplan, Diskussion), Tagebuch für täglichen Salzkonsum, Flüssigkeitseinnahme und Körpergewicht. Self-efficacy for salt and fluid control (für Flüssigkeitszufuhr, Flüssigkeitsretention; Selbstwirksamkeit) Heart failure self-management behavior scale (zum einschätzen des Selbstmanagementverhaltens) Heart failure symptom distress scale (körperliche Probleme/Symptome bei Herzinsuffizienz) Gebrauch von Gesundheitsdiensten (Hospitalisationen, Notfallaufnahmen)</p> <p>Datenanalyse: Signifikanzniveau $\alpha = 0.05$ ANOVA, Mann-Whitney U Test</p> <p>Ethik: Schriftliche Zustimmung der Teilnehmer. Zustimmung durch Ethikkommission und Spital.</p>	<p>Interventionsgruppe: signifikanter Unterschied beim Ausüben des Selbstmanagementverhaltens, Aktionsplan, Ziele setzen, dokumentieren der täglichen Salzzufuhr und Flüssigkeitseinnahme, tägliches Gewichtsmessen, Symptome festhalten. Signifikant bessere Selbstwirksamkeit für Salz- und Flüssigkeitskontrolle. Symptome der Herzinsuffizienz sind signifikant tiefer.</p> <p>Kein signifikanter Unterschied im Gebrauch von Gesundheitsdiensten.</p> <p>Ergebnisse in Tabelle und Textform.</p>	<p>Selbstmanagementprogramme erhöhen die Selbstwirksamkeit, ein zentraler Punkt für das Selbstmanagement von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Das Programm beinhaltet die vier Informationsquellen von Bandura zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit. Die Teilnehmer hatten zu Beginn ein niedriges Niveau von Selbstmanagementverhalten, was viel Raum für eine signifikante Verbesserung liess, im Vergleich zu anderen Studien. Es wurde ein Messinstrument verwendet extra für Herzinsuffizienz bezogenes Verhalten um das Niveau des Selbstmanagementverhaltens zu ermitteln, nicht ein allgemeines. Kein signifikantes Ergebnis in Bezug auf den Gebrauch von Gesundheitsdiensten wird darauf zurückgeführt, dass 12 Wochen vermutlich zu kurz sind. Das Gesundheitswesen in Taiwan funktioniert anders, Patienten erhalten ein Rezept, das maximal 3 Monate gültig ist und müssen dann wieder zum Arzt. Die Frage wird beantwortet. Limitationen: Man weiss nicht, welche Intervention am meisten gebracht hat. Kurze Zeit 12 Wochen. Nur zwei Spitäler für die Auswahl der Teilnehmer. Umsetzung in Praxis: Anwenden des Programms beim Austrittsprozess.</p>

Würdigung der Studie1: A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Frage ist sehr zentral für die Berufspraxis. Sie bezieht sich sehr exakt auf die Frage der Bachelorarbeit.</p> <p>Die Forschungsfrage ist klar definiert und die Hypothese ist, dass durch die Intervention auch die Rehospitalisation reduziert werden kann.</p> <p>Eine Literaturrecherche wurde durchgeführt und die Forschungslücke genannt.</p> <p>Der theoretische Bezug wird hergestellt, der Begriff Selbstmanagement erklärt und das Modell von Bandura wird beschrieben.</p>	<p>Design: Die Wahl des Designs ist logisch.</p> <p>Sample: Randomisierung Kontrollgruppe/Interventionsgruppe, passt zum Design Fraglich, ob Ergebnisse auf die Schweiz übertragen werden können (wurde in Taiwan durchgeführt, kulturelle Unterschiede). Generalisierung möglich? (nur zwei Spitäler). Alter über 65jährig ist passend Die Stichprobengrösse ist angemessen. 15 Drop-Outs von 108 sind nicht viel, sollten die Ergebnisse nicht beeinflussen. Drop-Outs werden begründet. Die Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht signifikant (wird in Tabelle dargestellt).</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung ist nachvollziehbar. Daten zu allen Punkten der Forschungsfrage werden erhoben. 12 Wochen zu kurz, um einen nachhaltigen Effekt vorzuweisen?</p> <p>Messverfahren/-Instrumente: Assessmentinstrumente werden beschrieben, zum Teil erweitert und die Validität und Reliabilität erwähnt. Die Auswahl der Instrumente wird begründet. Die Instrumente werden beschrieben. Die Instrumente wurden für die Studie von englisch in Chinesisch übersetzt. Die übersetzten Instrumente wurden auf Reliabilität und Validität getestet.</p> <p>Datenanalyse: Das Verfahren der Datenanalyse wird klar beschrieben, das Signifikanzniveau erwähnt. Parametrische Daten werden mit dem ANOVA Test verglichen, nicht parametrische mit dem Mann-Whitney U Test.</p> <p>Autoren: Professor Pflegeschule Taiwan, Australien</p> <p>Ethik: Erst nach dem Erheben der Daten zu Beginn der Studie haben die Forscher erfahren, wer zur Interventionsgruppe gehört.</p>	<p>Die Ergebnisse sind sowohl im Text beschrieben, als auch in Tabellen dargestellt und verständlich.</p>	<p>Alle Resultate werden diskutiert und mit andern Studien verglichen. Bezug auf die Theorie (Bandura) wird hergestellt. Es wird beschrieben, weshalb die Interventionen ein signifikantes Ergebnis erreicht haben, oder nicht. Der Bezug zum Gesundheitswesen von Taiwan wird hergestellt.</p> <p>Umsetzung in Praxis: Es wird nicht genau beschrieben, wer welche Interventionen durchführen soll und was es finanziell bedeuten würde. Wer macht die Hausbesuche und die Telefonberatung? Wird das durch die Pflege gemacht oder ist eine ambulante Stelle sinnvoller? Es wird nur erwähnt, dass das Programm ins Austrittsmanagement mit einbezogen werden kann. Fraglich ist, ob die Interventionen auf die Schweiz angewendet werden können.</p>

Objektivität: Studie wird in Taiwan durchgeführt. Übertragung auf Schweiz möglich? Nur zwei Spitäler, verallgemeinern? Datenerhebung ist nachvollziehbar, Instrumente werden erklärt. Kein Interessenkonflikt der Autoren, Randomisierung findet statt. Ergebnisse werden klar dargestellt. 12 Wochen genügend für langfristigen Effekt?

Reliabilität: Instrumente sind reliabel. Datenanalyse und Erhebung ist klar, sollte wiederholbar sein.

Validität: Instrumente sind valide.

Zusammenfassung der Studie 2: A motivational counseling approach to improving heart failure self-care

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen: Bisherige Edukationsansätze in der Praxis könnten unzureichend sein, um Patienten zu bestärken, das Selbstmanagement zu verbessern.</p> <p>Literatur: Beratende Techniken wie motivierende Interviews haben gezeigt, dass wirksame Verhaltensänderungen erzeugt werden.</p> <p>Beruhet auf der Grundstruktur der naturalistischen Entscheidungsfindung</p> <p>Forschungsfrage: Es besteht die Hypothese, dass ein motivierender, beratender Ansatz Patienten nachhaltig anregt, sich im Selbstmanagement bei Herzinsuffizienz zu engagieren.</p> <p>Ziel: Durch Aufnahme von Interviews herausfinden, welche Interventionen einen Effekt hervorrufen.</p> <p>Die Intervention soll die Entscheidungsfindung beim Selbstmanagement stärken. Wenn möglich soll die Familie mit einbezogen werden.</p>	<p>Design: Gemischte Methode, pretest posttest Design</p> <p>Sample: Diagnose Herzinsuffizienz, Englisch sprechen und reden, orientiert. Ausschluss: Hörbehinderung n= 15 (zuerst 24). Die meisten weiblich, weiss, Hochschulabschluss, erfahren mit Herzinsuffizienz, seit mehr als 2 Monaten Diagnose, NYHA 2, Alter 59.7</p> <p>Datenerhebung: Qualitative und Quantitative Daten . 5.7 plus/minus 4.6 Tage nach Spitalentlassung. Durch Hausbesuche oder Telefonanrufe. Die Daten werden zu Beginn und nach Intervention erhoben.</p> <p>Intervention: Motivation erhöhen durch Kommunikation und reduzieren der Barrieren. Fähigkeiten bilden durch Wissen und Praxis. Unterstützung durch Einbezug der Familie. Führen der Interviews durch eine APN, die von Experten geschult wurde. 3 plus/minus 1.5 Heimbesuche innerhalb von drei Monaten.</p> <p>Messverfahren/-Instrumente: Selbstmanagement durch Self-Care of HF index (SCHFI) erfasst Wissen über Herzinsuffizienz durch <i>Representations</i></p> <p>Methodologische Reflexion: Wird nicht weiter begründet.</p> <p>Datenanalyse: Aufnahme der Interviews, Transkription, Analyse, Codierung Verblendung findet statt.</p> <p>Ethik: Wird nichts erwähnt.</p>	<p>Verbesserung des Selbstmanagements bei 12 von 15 (80%), Verhaltensänderung und oder Gesprächsänderung bei 12 von 14 (86%)</p> <p>Kommunikation: reflektierendes Zuhören, Empathie ausdrücken</p> <p>Es passend machen: Kulturelle Vorstellungen anerkennen, überwinden von Barrieren und Einschränkungen, einen Aktionsplan aushandeln</p> <p>Übergang vom Spital nach Hause: Bereitstellen von Information, Fertigkeiten bilden, unterstützende Ressourcen aktivieren</p> <p>Kategorien werden erklärt und mit Zitaten veranschaulicht.</p>	<p>Bisher wird diese Art der Edukation in der Praxis nicht angewendet. Die APN hört zu und zeigt Empathie dem Patienten gegenüber, wie die Herzinsuffizienz ihn beeinträchtigt und seine Motivationsschwierigkeiten. Sie schätzt Barrieren ein, die das Selbstmanagement betreffen, überlegt Lösungen mit den Patienten und handelt einen Aktionsplan aus, welcher auf den Glauben, Werte und Prioritäten angepasst ist.</p> <p>Limitationen: Kleine Stichprobenzahl Nur eine APN Weitere Forschung wird benötigt, um die Intervention zu testen.</p> <p>Umsetzung Praxis: Keine klare Anweisung. Wer soll APN ausbilden? Wie umsetzen im akuten Setting? Erst nach Austritt?</p>

Würdigung der Studie 2: A motivational counseling approach to improving heart failure self-care

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage, ist relevant.</p> <p>Ziel wird klar beschrieben.</p> <p>Thematische Verankerung wird ersichtlich</p>	<p>Design: Aktionsforschung? Verbindung von Frage und Design ist logisch</p> <p>Sample: Stichprobengröße ist für eine qualitative Studie angepasst, Stichprobe ist repräsentativ</p> <p>Datenerhebung: Darstellung vom Erleben der Erkrankung durch Aussagen der Betroffenen. Herausfinden, welche Interventionen im Gespräch nützlich sind, um das Selbstmanagement zu fördern. Wie häufig oder wann die Assessmentinstrumente angewendet wurden ist unklar, Tabelle ist nicht verständlich.</p> <p>Messverfahren/-Instrumente:</p> <p>Datenanalyse: Verfahren wird beschrieben, Werte in Tabelle dargestellt</p> <p>Autoren: Professor Pflegeschule, Doktorstudent, Pflegefachfrau (spezialisiert), APN, Professor Psychologie, Professor Psychiatrie</p> <p>Ethik: Wird nichts erwähnt</p>	<p>Kategorien sind klar beschrieben, verständlich, mit Beispielen erklärt.</p> <p>Ob die Ergebnisse durch andere Forschende bestätigt wurden, wird nicht erwähnt.</p>	<p>Durch die Ergebnisse wird klar, was Hindernisse sein könnten, weshalb Patienten gewisse Interventionen nicht durchführen. Die Sicht der Patienten wird verständlich dargestellt.</p> <p>Konkrete Umsetzung für Praxis fehlt.</p>

Credibility: Glaubwürdigkeit: wird nicht erwähnt, ob die Kategorien und Ergebnisse von andern Forschern belegt wurden.

Transferability: Übertragbarkeit: Ergebnisse sollten übertragbar sein. Einschränkung, dass Interviews nur durch eine ANP geführt wurden.

Dependability: Zuverlässigkeit: Vorgehensweise wird klar dokumentiert. Fehlt die Erwähnung, ob das Einverständnis der Teilnehmer eingeholt wurde, Ethikkommission.

Confirmability: Bestätigbarkeit: ob die Ergebnisse überprüft wurden wird nicht erwähnt.

Zusammenfassung der Studie 3: Pilot testing of a self-care education intervention for patients with heart failure

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem: 1/3 oder 1/2 der Rehospitalisationen kann verhindert werden. Durch Patientenedukation kann die Adhärenz für Behandlungspläne und Selbstpflegeverhalten gefördert werden.</p> <p>Forschungsfrage, Ziel: Untersuchen der Wirksamkeit eines Selbstpflege Handbuchs mit der Ergänzung einer DVD. Zeigen Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz einen Wissenszuwachs und eine Verbesserung des Selbstpflegeverhaltens im Anschluss an eine edukative Intervention?</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Selbstpflegeverhalten verringert Rehospitalisationen und verbessert die Lebensqualität. Patienten bevorzugen Lernmaterial, das durch mehr als ein Medium präsentiert wird.</p> <p>Grundstruktur: Prinzipien des Erwachsenenlernens</p>	<p>Design: Quantitative Studie Leitstudie, pre-/posttest Design eine Gruppe</p> <p>Sample: Diagnose Herzinsuffizienz, durch Flyer eingeladen n= 38 (anfangs 40) die meisten: männlich, verheiratet, seit mehr als 4 Jahren Diagnose, zwischen 65-74 jährig Ausschluss: nicht englisch sprechend, Sehbehinderung, nicht fähig eine DVD zu sehen, kognitive Behinderung</p> <p>Datenerhebung: Fragebogen bei Beginn (vor Intervention) und nach 8 Wochen</p> <p>Messverfahren/-Instrumente: Handbuch: Go-getting on with heart failure (alles über Herzinsuffizienz, Symptome, Selbstpflege, Medikamente, Diät, Aktivität, Gefühle und Ausblick) DVD: so you have been diagnosed with heart failure (Spitalexperfahrung, Selbstpflege, Medikamente, tägliches Gewichtsmessen, Ruhe, Essen, Übungen) The test of functional health literacy in adults (Leseverständnis) Dutch heart failure knowledge scale (Wissen) Self-care of heart failure index(Selbstpflegeverhalten) DVD wird in Gruppe geschaut, Handbuch erklärt. Kopie von DVD und Handbuch wird nach Hause mitgegeben. Jede Woche ein Thema, Multiplechoice Fragen, Lösungen. Insgesamt 8 Wochen.</p> <p>Datenanalyse: Gepaarter t-Test, pearsons chi-square, Mann-Whitney-U Test, Kruskal-Wallis Signifikanzlevel: 0.05</p> <p>Ethik: Ethikkommission, schriftliche Zustimmung</p>	<p>Signifikanter Unterschied im Wissen vom pre-test zum post-test</p> <p>Signifikante Verbesserung der Selbstpflege</p> <p>Wird mit Text und Tabelle dargestellt</p>	<p>Um das Selbstpflegeverhalten zu verbessern, benötigt es mehr als eine Informationsquelle.</p> <p>Patienten mit Herzinsuffizienz mit inadäquater Gesundheitsbildung neigen 1.5 bis 3mal mehr zu Rehospitalisationen und niedriger Selbstpflege. Je älter, desto geringer die Gesundheitsbildung. Patienten mit niedriger Gesundheitsbildung profitieren von der DVD. Die Teilnehmer konnten in ihrem eigenen Tempo in ihrer gewohnten Umgebung lernen.</p>

Würdigung der Studie 3: Pilot testing of a self-care education intervention for patients with heart failure

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Problem wird klar dargestellt, der theoretische Bezugsrahmen erwähnt. Die Forschungsfrage ist relevant.</p>	<p>Design: Design wird nicht begründet. Keine Kontrollgruppe bei diesem Design. Veränderung vor und nach der Intervention kann erfasst werden.</p> <p>Sample: Ist eher klein. Zufallssample, ausgesucht durch Flyer. Wurde in Australien durchgeführt. Übertragbar auf die Schweiz? Mehr Männer als Frauen. Beeinflusst dies die Resultate?</p> <p>Datenerhebung: Unklar, ob bei Beginn und nach 8 Wochen derselbe Fragebogen verteilt wurde (kannten evt. beim zweiten Mal schon die Fragen?) Was für Fragen gestellt wurden ist unklar.</p> <p>Messverfahren/-Instrumente: DVD und Handbuch seien evidenzbasiert. Messinstrumente seien valide und reliabel. Werden erklärt.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wird klar beschrieben, verwendete Test erwähnt.</p> <p>Autoren: Kardiologe, Pflegeschule, Forschung</p> <p>Ethik: Finanzielle Unterstützung Forschung</p>	<p>Die Ergebnisse sind vollständig. Klar dargestellt.</p>	<p>Keine Kontrollgruppe. Keine Verblindung, die Teilnehmer wussten, dass sie getestet werden und haben so vermutlich besser gelernt. Nachhaltig? Nur 8 Wochen, langfristiger Effekt?</p> <p>Umsetzung Praxis: Verallgemeinerung möglich? Eher kleines Sample Nicht nur Salzreduktion und Trinkmengereduktion, ist aber im Handbuch und in der DVD enthalten. Geht um Selbstpflege fördern, was auch das Selbstmanagement beinhaltet. Was für ein Handbuch und DVD könnte in der Schweiz verwendet werden? Deutsche Version? Reicht alleine Edukationsmaterial (verschiedene Medien), oder wäre eine zusätzliche Beratung, Stelle für Fragen sinnvoll?</p>

Objektivität: Datenerhebung ist klar dargestellt. Studie in Australien, hier anwendbar? Kleines Sample. Nachhaltige Intervention? Keine Kontrollgruppe. Mehr Männer als Frauen. Zufallssample, durch Flyer. War der Fragebogen zweimal derselbe? Fragebogen wird nicht dargestellt.

Reliabilität: Messinstrumente sind erklärt, nachvollziehbar, reliabel. Datenanalyse wird klar beschrieben.

Validität: valide Instrumente.

Zusammenfassung der Studie 4: A trial of family partnership and education interventions in heart failure

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem: Nichteinhalten einer salzarmen Kost und ein Mangel an Medikationadhärenz führen zu Flüssigkeitsretention und Hospitalisation.</p> <p>Forschungsfrage, Ziel: Untersuchen einer Patient (mit Herzinsuffizienz)-Familie Partnerschaftintervention entworfen für eine Salzreduktion und bessere Medikation verglichen mit Patient-Familie Edukationsintervention und normale Pflege.</p> <p>Hypothese: Patient-Familie Partnerschaftintervention erbringt eine grössere Salzreduktion und Adhärenz als Patient-Familie Edukationsintervention und normale Pflege.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Familienangehörige sind mit betroffen. Soziale Unterstützung, Motivation und Kommunikation sind wichtig für eine wirkungsvolle Selbstpflege. Sie unterstützen beim Einnehmen und Richten der Medikamente und beim zubereiten von salzarmen Kost.</p>	<p>Design: Quantitativ 3 Gruppen randomisiertes Design.</p> <p>Sample: Drei Universitätskliniken. Atlanta Diagnose Herzinsuffizienz, zwischen 30-79jährig, NYHA 2-3, englisch sprechend, Telefonzugriff, geeignet für salzarme Kost, ambulant, adäquate Nierenfunktion, Ausschluss: akuter Herzinfarkt in den letzten 6 Monaten, signifikante Angina, sekundäre Herzinsuffizienz wegen unbehandelten Leiden, geplante Herzoperation, kognitive Beeinträchtigung, psychiatrische Diagnose, unbehandelte kognitive oder psychiatrische Diagnose.</p> <p>N=117 (anfangs 170) Gewöhnliche Pflege n= 53 Patient-Familien Edukation n=59 Familie-Partnerschaftintervention n=58</p> <p>Datenerhebung: Zu Beginn, nach 4 Monaten, nach 8 Monaten.</p> <p>Messverfahren/-Instrumente: Gewöhnliche Pflege Gruppe: Broschüre „take control of your heart failure“, allgemeiner Überblick über Herzinsuffizienz, Salzreduktion, Einbezug Familienangehöriger, falls präsent. Patient-Familie Edukation Gruppe: 1 Stunde Edukation, allgemeiner Überblick über Herzinsuffizienz, Symptome Flüssigkeitsretention, Grundprinzipien und Möglichkeiten der Salzreduktion, tägliches Gewichtsmessen, körperliche Aktivität, individuelle Fragen. Nach 2 Monaten erneut 2 Stunden Edukation über Salzreduktion (Rezepte, salzarme Nahrungsmittel, Zubereitung). Durch Pflegeexperten. Broschüren („taking control of heart failure“, „how to follow a low sodium diet“) und DVD („heart failure basics to better care“). Individuelles Feedback. Nach 4 Monaten Telefonedukation, Rückblick. Familie-Partnerschaft Gruppe: das Selbe wie bei Patient-Familie Gruppe, zusätzlich 2 Stunden Familie-Partnerschaft Edukation. Patient und Familienmitglieder zusammen. Enthält Leben mit Herzinsuffizienz, Prinzipien der Autonomie unterstützenden Kommunikation, Rollenspiele.</p>	<p>Patient-Familie Intervention und Familie-Partnerschaft Intervention reduzierten den Natriumgehalt im Urin nach 4 Monaten. Der Wert war unter dem Wert der Gruppe mit der gewöhnlichen Pflege. Tägliche Salzzufuhr wurde reduziert. Familie-Partnerschaftgruppe hat nach 8 Monaten einen signifikant tieferen Natriumgehalt im Urin, als die Gruppe mit gewöhnlicher Pflege.</p>	<p>Herzinsuffizienzpatienten benötigen eine Wiederholung der Schulung. Selbstmanagement von Herzinsuffizienz ist komplex. Strukturierte Familienedukation und Unterstützung, wiederholende Patienten- und Familienedukation und einholen vom Patientenfeedback über die salzarme Kost sind wichtig.</p>

<p>Alles zu Medikation wird im Folgenden nicht mehr beschrieben, da es nicht Teil dieser Arbeit ist.</p>	<p>Softwareprogramm für täglichen Salzkonsum (ESHA) 24-Stunden Urin (Natrium, Kreatinin, Urea) Atlanta Heart Failure Knowledge Test (AHFKT) erfassen Wissen über Herzinsuffizienz</p> <p>Family Care Climate Questionnaire-Patient version (FCCQ-P) erfassen vom Patient wahrgenommene Autonomieunterstützung Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS-PC) wahrgenommene Familienkritik Beck Depressive Inventory II (BDI-II) Depressive Symptome</p> <p>Datenanalyse: ANOVA, chi-square Test, Pearson Korrelation P kleiner als 0.05</p> <p>Ethik: Schriftliche Zustimmung. Überprüfung durch Kommission der Institution.</p>		
--	--	--	--

Würdigung der Studie 4: A trial of family partnership and education interventions in heart failure

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Frage geht auf einen Teilaspekt der Bachelorarbeit ein. Geht um Salzreduktion. Medikation ist nicht zentral für diese Arbeit.</p> <p>Forschungsfrage ist klar beschrieben. Theoretischer Bezugsrahmen ist nachvollziehbar.</p>	<p>Design: Ist klar beschrieben.</p> <p>Sample: Viele die nicht teilnehmen, wird nicht begründet. Stichprobengröße ist angemessen.</p> <p>Datenerhebung: Datenerhebung ist sehr komplex.</p> <p>Messverfahren/-Instrumente: Unterscheidung der drei Gruppen ist schwierig. Alle haben ähnliche Interventionen. Wird zu wenig klar beschrieben. Auswahl der Instrumente wird beschrieben. Werden als valide und reliabel beschrieben.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wird genau beschrieben.</p> <p>Autoren: Medizinschule, Pflegeschule, Public Health Schule, Psychologie</p> <p>Ethik: Ethische Fragen werden nicht diskutiert.</p>	<p>Werden in Textform und mit Tabellen dargestellt. Sind vollständig. Komplex aus vielen kombinierten Interventionen. Effekt von einer einzelnen Intervention ist nicht erfasst worden.</p>	<p>Resultate werden sehr ausführlich diskutiert. Schwächen (viele Abgänge, Patient-Familie Intervention konnte nicht verblindet werden) werden aufgezeigt.</p> <p>Umsetzung Praxis: Einbezug der Familie. Umsetzung müsste an Spital angepasst werden. Broschüren auf Deutsch. Wer setzt was um?</p>

Objektivität: Unterschied von den drei Gruppen ist nicht klar ersichtlich, komplexe Intervention, drei verschiedene Kliniken in Atlanta. Auf Schweiz übertragbar?

Reliabilität: reliable Instrumente. Reproduzierbarkeit fraglich, da sehr komplexe Intervention. Datenanalyse klar nachvollziehbar. Welche Intervention was bewirkt wird nicht erfasst, nur Paket als Ganzes.

Validität: valide Instrumente.

Zusammenfassung der Studie 5: Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Herzinsuffizienzrichtlinien zitieren die Wichtigkeit einer salzarmen Diät um einer Flüssigkeitsretention vorzubeugen. Bisher ist wenig konkrete Information für die Förderung der Adhärenz bekannt.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Theory of planned behavior (Verhaltenstheorie)</p> <p>Forschungsfrage: Ziel dieser Studie ist die Kurzzeit- und Langzeitauswirkung einer theoriebasierten Edukationsintervention auf die Salzzufuhr bei Patienten mit Herzinsuffizienz. Untersucht wird auch der Kurzzeit- und Langzeiteffekt auf die Einstellung der Patienten, die subjektive Norm und wahrgenommene Verhaltenskontrolle während dem Befolgen einer salzreduzierten Diät.</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Sample: Normale Pflege: n=25 Interventionsgruppe: n=27 (12 haben die Studie nicht beendet) Durchschnittsalter: 59.2 +-8.3</p> <p>Kardiologische Klinik, Allgemeinspital, Universitätsspital Einschlusskriterien: Herzinsuffizienz, NYHA 2-4, keine kognitive Einschränkung, nicht im Pflegeheim, 21jährig und älter, Hospitalisation oder Notaufnahme 1 Jahr vor Studienbeginn, englischsprachig Ausschlusskriterien: Herztransplantation in 3 Monaten, terminale Erkrankung, psychiatrische Erkrankung ausser Depression Randomisierung mittels Software.</p> <p>Datenerhebung: Beginn, nach 6 Wochen, nach 6 Monaten</p> <p>Messverfahren/-Instrumente: Interventionsgruppe: Instruktion durch Pflegefachfrau über salzreduzierte Diät durch Hausbesuch oder Telefonanrufe (6-mal wöchentlich für 6 Wochen). Symptome von Flüssigkeitsüberschuss, identifizieren von Nahrung mit hohem und tiefem Salzgehalt, Strategien um die Salzzufuhr zu reduzieren, Tipps fürs Essen ausserhalb von zuhause. Normale Pflege: keine Instruktion Dokumentation der Salzzufuhr in einem 3-Tage Tagebuch bei Beginn, nach 6 Wochen, nach 6 Monaten Nutrition Data Systems-Research Software (um Salzgehalt vom Essen zu erfassen) Dietary Sodium Restriction Questionnaire (Einstellung, subjektive Norm, wahrgenommene Verhaltenskontrolle)</p> <p>Datenanalyse: Signifikanzniveau: p kleiner als 0.01 Unabhängiger t- und Chi-square Test, Pearson`s Korrelation, ANCOVA</p> <p>Ethik: Kommission der Institution, schriftliche Zustimmung</p>	<p>Kein Unterschied der Salzzufuhr nach 6 Wochen. Salzzufuhr war signifikant kleiner bei der Interventionsgruppe nach 6 Monaten.</p> <p>Einstellung: Nach 6 Wochen bei Interventionsgruppe signifikant höher. Bei Beginn und nach 6 Monaten kein Unterschied.</p> <p>Subjektive Norm: Kein Unterschied zu Beginn, nach 6 Wochen oder nach 6 Monaten. (Befolgen der Diät für den Arzt)</p> <p>Wahrgenommene Verhaltenskontrolle: Kein Unterschied zu Beginn, nach 6 Wochen, nach 6 Monaten. (Kosten und Zubereitung)</p>	<p>Wissen über den positiven Effekt beim Befolgen einer salzreduzierten Diät könnte die tägliche Salzzufuhr nachhaltig beeinflussen. Unterstützen und ermutigen für das Befolgen einer salzarmen Diät durch Anbieter im Gesundheitswesen und andere kann die Entscheidung der Patienten positiv beeinflussen eine salzarme Diät einzuhalten.</p>

Würdigung der Studie 5: Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage.</p>	<p>Design: Ist klar nachvollziehbar.</p> <p>Sample: Eher kleines Sample Verschiedene Spitäler in Kentucky Interventions- und Kontrollgruppe sind ähnlich Drop-Outs sind begründet</p> <p>Datenerhebung: Daten sind komplett erhoben.</p> <p>Messverfahren/-Instrumente: Instrumente sind reliabel und valide. Dokumentation von 3-Tage Tagebuch ist nicht klar beschrieben und begründet. Weshalb werden jeweils nur 3 Tage erfasst? Dann muss der Patient an den andern Tagen die Diät nicht einhalten?</p> <p>Datenanalyse: Signifikanzniveau wird erwähnt. Verfahren der Datenanalyse wird beschrieben.</p> <p>Autoren: Universitäten in USA</p>	<p>Ergebnisse werden sehr verständlich und übersichtlich dargestellt und beschrieben.</p>	<p>Resultate werden alle diskutiert.</p> <p>Praxis: Was für eine Ausbildung/Schulung benötigt die Pflegefachperson, die die Intervention durchführt?</p>

Objektivität: 3 verschiedene Kliniken, Datenerhebung klar dargestellt, Instrumente werden erklärt. Eher kleines Sample. Wie verhält sich der Patient neben den drei Tagen, die dokumentiert werden?

Reliabilität: Datenanalyse klar dargestellt, Instrumente sind reliabel,

Validität: valide Instrumente

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problemschilderung: Viele Selbstmanagementprogramme beziehen sich auf den medikamentösen Aspekt, ohne Einbezug der psychosozialen Aspekte des Selbstmanagements. Das Programm wurde nie bei Patienten mit Herzinsuffizienz angewendet.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Bandura's Selbstwirksamkeit Theorie. Chronic Disease Self-Management Programme (CDSMP).</p> <p>Forschungsfrage: Erfassen vom Effekt des Selbstmanagementprogramms (CDSMP) auf psychosoziale Eigenschaften, Selbstpflegeverhalten und Lebensqualität bei Patienten mit Herzinsuffizienz.</p>	<p>Design: RCT Sample: n=317 (anfangs 339) Kontrollgruppe n=131 Interventionsgruppe n=186 21 Klassen in 6 Spitälern in Niederlanden. Einschlusskriterien: Herzinsuffizienz seit mind. 6 Monaten, NYHA 2-3, holländisch sprechend Ausschlusskriterien: Teilnahme an andern Studien Durchschnittsalter: 66.7 Datenerhebung: Beginn, nach 6 Monaten, nach 12 Monaten Randomisierung, Verblindung. Messverfahren/-Instrumente: General Self-efficacy Scale (allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen) Cardiac Self-efficacy Questionnaire (kardiospezifische Selbstwirksamkeit) Coping with Symptoms Scale (kognitives Symptommanagement) European Heart Failure Self-Care Behavior Scale (Selbstmanagementverhalten) RAND Health Survey (allgemeine Lebensqualität) Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (kardiospezifische Lebensqualität) Visual analogue scale (wahrgenommene Autonomie) Hospital Anxiety and Depression Scale (Angstsymptome und depressive Gefühle) Interventionsgruppe: Normale Pflege, 6 Wochen Selbstmanagementprogramm (je 2.5 Stunden). Unterrichtet medizinisches, soziales und emotionales Selbstmanagement Fähigkeiten. 4 Strategien um Selbstwirksamkeit zu fördern: nötigen Fertigkeiten (Ziele setzen und Aktionsplan), Reinterpretation der Symptome (Symptommanagement und Symptomprobleme reduzieren), modellieren und soziale Überzeugung (motivieren um Verhalten und Vorstellungen zu ändern). Buch: living a healthy life with chronic conditions. Unterricht durchgeführt durch Patienten mit Herzinsuffizienz und Pflegefachperson spezialisiert auf Kardiologie. Datenanalyse: Chi-square Test, Mann-Whitney U-Test, unabhängiger T-Test Signifikanzniveau p kleiner 0.05 Ethik: Schriftliche Zustimmung, Ethikkommission vom Universitätsspital</p>	<p>Signifikanter Effekt auf kognitives Symptommanagement, Selbstpflegeverhalten und kardiospezifische Lebensqualität kurz nach Beginn. Kein Effekt nach 6 und 12 Monaten. Kein Effekt auf allgemeine Lebensqualität, wahrgenommene Autonomie oder Gefühle von Angst und Depression.</p>	<p>Kurzzeiteffekt sichtbar. Eventuell ist die Qualität Standardpflege in Holland bereits so hoch, dass kein signifikanter Effekt sichtbar war. Das Programm war eventuell zu kurz um einen Langzeiteffekt zu erzielen. Individuelle follow-ups könnten nützlich sein um Patienten zur Adhärenz für Langzeit Verhaltensänderung zu bewegen und um persönliche Herausforderungen im psychosozialen Bereich zu erfassen.</p>

Würdigung der Studie 6: Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problemschilderung: Problem wird klar geschildert</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Theoretischer Bezug wird beschrieben.</p> <p>Forschungsfrage: Ist zentral für die Bachelorarbeit. Bezieht sich auf Selbstmanagement allgemein, nicht nur Salzreduktion oder Trinkmengerereduktion.</p>	<p>Design: Design ist logisch.</p> <p>Sample: Eher grosses Sample. Verschiedene Spitäler. Ist in Niederlanden. Umsetzung Schweiz? Drop-Outs werden erklärt. Fast gleichgrosse Gruppen.</p> <p>Datenerhebung: 12 Monate ist aussagekräftig für Nachhaltige Wirkung.</p> <p>Messverfahren/-Instrumente: Viele Messinstrumente, werden erklärt, valide und reliabel. 6 Wochen Unterricht, Danach keine Intervention mehr. Evt. nicht ausreichend für Langzeiteffekt. Nur Schulung in der Gruppe, keine Einzelgespräche. Individuelle Probleme in der Umsetzung werden nicht erfasst.</p> <p>Datenanalyse: Wird klar beschrieben.</p> <p>Ethik: Verblindung und Randomisierung findet statt. Die Autoren schreiben, dass kein Interessenkonflikt vorhanden sei.</p> <p>Autoren:Forscher, Kardiologe, Master in Pflege, Hausarzt, Professor Medizin, Professor Gerontologie</p>	<p>Ergebnisse sind durch Text und Tabellen klar und verständlich beschrieben.</p>	<p>Erklärung für Ergebnisse wird gesucht, evt. sei die Schulungszeit zu kurz gewesen. Wiederholung der Schulung oder Telefonanrufe nach einer gewissen Zeit wäre sicher sinnvoll gewesen.</p> <p>Praxis: Umsetzung wird beschrieben, durch Pflegeperson und erfahrene Patienten.</p>

Objektivität: Alle 6 Spitäler sind in den Niederlanden. Verallgemeinerung möglich? Datenanalyse wird klar beschrieben, Instrumente werden erklärt. Intervention wird klar beschrieben.

Unterrichtszeit zu kurz?

Reliabilität: Zuverlässige, mehrere Messinstrumente. Grosses Sample.

Validität: Messinstrumente sind valide. Es wird das erfasst, was die Forschungsfrage beinhaltet.