

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule

Nürnberg

Pflege Dual

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science B.Sc.

Symptomwahrnehmung bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz

Anja Schütz

Gutachter: Prof. Dr. rer.cur. Jürgen Härlein

Abgabetermin: 24.03.2015

Abstract

Die Hälfte der Patienten, die an Herzinsuffizienz leiden, sind älter als 75 Jahre. Diese Bevölkerungsgruppe nimmt immer mehr an Gedächtnisleistung, Sinnesvermögen und körperlicher Leistungsfähigkeit ab. Bei der Selbstpflege von Patienten mit Herzinsuffizienz ist die Symptomwahrnehmung der Betroffenen wichtig, um einer Dekompensation vorzubeugen und die Selbständigkeit zu erhalten. Jedoch erkennen viele ältere Betroffene ihre Symptome nicht, beziehungsweise erst dann, wenn sie bereits sehr stark ausgeprägt sind. Mit dieser Arbeit soll der aktuelle Stand zum Thema Symptomwahrnehmung von älteren Patienten mit Herzinsuffizienz dargestellt werden. Der Fokus liegt hierbei auf den individuellen Gründen, für eine verminderte Symptomwahrnehmung.

Mittels einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL und PubMed, wurden fünf Studien hinsichtlich der Forschungsfrage analysiert.

Die Ergebnisse wurden in vier Ursachenkomplexe unterteilt: Erfahrung, Krankheitskenntnisse und Symptominterpretation, Symptomwahrnehmung und mentaler Bezug, Körperbewusstsein und Emotionen, sowie Bedeutung des sozialen Umfelds. Hier zeigt sich, dass sowohl physische, als auch psychische Faktoren die Symptomwahrnehmung beeinflussen.

Die Entwicklung von geeigneten Schulungsmaßnahmen und eine genauere Betrachtung der individuellen Probleme, vor allem im Alter auftretende Sinnes- und Gedächtniseinschränkungen, müssen in zukünftigen Forschungen berücksichtigt werden.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
1.1 Herzinsuffizienz – Medizinische Grundlagen	2
1.2 Selbstpflege.....	6
1.2.1 Selbstpflege nach Orem.....	6
1.2.2 Selbstpflege und Symptomwahrnehmung bei Herzinsuffizienz	7
1.3 Spezifikation des Alters	8
1.4 Fragestellung.....	9
2 Methodik.....	11
2.1 Suchstrategie	11
2.2 Literatursauswahl	13
3 Ergebnisse.....	16
3.1 Vorstellung der verwendeten Studien.....	16
3.2 Ursachen für fehlende Symptomwahrnehmung.....	18
3.2.1 Erfahrung, Krankheitskenntnisse und Symptominterpretation	18
3.2.2 Symptomwahrnehmung und mentaler Bezug.....	20
3.2.3 Körperbewusstsein und Emotionen.....	21
3.2.4 Bedeutung des sozialen Umfelds.....	22
4 Diskussion und Schlussfolgerungen.....	24
Literaturverzeichnis	V

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1, eigene Darstellung nach Adamopoulos (2012)	5
Abbildung 2, Demographischer Wandel (Olympia, 2015)	9
Abbildung 3, Suchbaum.....	12
Abbildung 4, Ausschlusskriterien	13
Abbildung 5, Beurteilung der verwendeten Studien.....	15

Abkürzungsverzeichnis

ACE-Hemmer	Angiotensin-Converting-Enzyme-Hemmer
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
EKG	Elektrokardiogramm
Hrsg.	Herausgeber
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
NYHA	New York Heart Association
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

Die Menschen werden weltweit immer älter. Seit 1990 ist die Lebenserwartung der Weltbevölkerung um sechs Jahre gestiegen (von 65,3 auf 71,5 Jahre). Zu den drei häufigsten Todesursachen weltweit zählten im Jahr 2013 die Herzerkrankungen. Die Sterberate für Herzkrankheiten nahm in den Industrieländern um 22 Prozent ab, im Gegensatz dazu verdoppelte sich die Sterblichkeit bei Herzrhythmusstörungen. Sollte sich der bisherige Trend weiter fortführen, liegt die durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 2030 geschätzt bei 78,1 Jahren bei den Männern und bei den Frauen bei 85,3 Jahren (joe/dpa, 2014). Die Hälfte der Patienten, die an Herzinsuffizienz leiden, sind älter als 75 Jahre, die Tendenz hierfür ist steigend. Das Leben der Betroffenen ist durch ihre Krankheit teilweise stark eingeschränkt und die Betroffenen haben Angst, für ihre Angehörigen eine Last darzustellen (Falk, Ekman, Anderson, Fu, & Granger, 2013). Einige Patienten fühlen sich durch die Krankheit gefangen, sind ruhelos, misstrauisch und fürchten sich, da sie Schwierigkeiten haben, ihren gesundheitlichen Zustand zu kontrollieren. Sie haben Angst und sind unsicher, da die Zukunft für sie nicht vorhersehbar ist und sie noch nicht auf den Tod vorbereitet sind. Andere Patienten haben eine positivere Sichtweise auf ihre Krankheit und fühlen sich, trotz der Einschränkungen im Alltag, frei. Sie haben sich erfolgreich an die Gegebenheiten angepasst, indem sie ihrem eigenen Urteil, in Bezug auf ihr Selbstpflegemanagement, vertrauen und auf den Tod vorbereitet sind (Yu, Lee, Kwong, Thompson, & Woo, 2008). Diese Gruppe stellt jedoch eine Minderheit dar. Die Symptomwahrnehmung und die richtige Interpretation der wahrgenommenen Beschwerden fällt älteren Patienten mit Herzinsuffizienz deutlich schwerer als jüngeren (Falk, Ekman, Anderson, Fu, & Granger, 2013).

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den Ursachen der verminderten und fehlenden Symptomwahrnehmung von älteren Herzinsuffizienzpatienten und soll einen Ausblick auf zukünftig noch nötige Weiterentwicklungsmaßnahmen der Schulung von Patienten geben. Im Folgenden werden zuerst die verwendeten Begriffe definiert, um einen leichteren Einstieg in das Thema dieser Arbeit zu ermöglichen. Danach erfolgt eine Darstellung der verwendeten Studien und deren Ergebnissen. Zum Abschluss werden die Ergebnisse diskutiert und interpretiert, sowie der aktuelle Forschungsstand dargestellt. Ein Ausblick auf zukünftig noch durchzuführende Forschungsthemen schließt diese Arbeit ab.

1.1 Herzinsuffizienz – Medizinische Grundlagen

Definition

Die Aufgabe des Herzens besteht darin das Blut in den Körpergefäßen weiterzubefördern. Hierbei wird sauerstoffarmes Blut in die Lunge gepumpt und sauerstoffreiches in den Körperkreislauf. Um diesen Vorgang durchzuführen kontrahieren und erschlaffen die Herzmuskelzellen abwechselnd.

Unter einer Herzinsuffizienz versteht man eine Funktionsstörung des Herzens, bei der das Herzzeitvolumen im Gegensatz zu einem gesunden Herzen herabgesetzt ist. Dadurch kann nicht mehr ausreichend Sauerstoff in die peripheren Gefäße gepumpt werden, wodurch die Durchblutung der Organe und deren Bedarf an Nährstoffen und Sauerstoff nicht mehr ausreichend gedeckt wird (Huppelsberg & Walter, 2013). Daraus folgt, dass der Energiebedarf des Körpers nicht mehr erbracht werden kann und somit vermindert sich die körperliche Belastbarkeit. „Herzinsuffizienz ist keine eigenständige Diagnose, sondern die Bezeichnung für ein Syndrom (Symptomenkomplex). Es entsteht entweder durch eine Erkrankung des Herzens selbst oder als Folge einer Erkrankung, die außerhalb des Herzens liegt und die Herztätigkeit beeinträchtigt“ (Grünwald, Kobbert, & Terodde, 2009, S. 907).

Formen der Herzinsuffizienz

Je nach betroffener Herzkammer liegt eine Linksherzinsuffizienz, eine Rechtsherzinsuffizienz oder eine Globalherzinsuffizienz vor. Bei einer Linksherzinsuffizienz ist das Herz nicht mehr fähig ausreichend sauerstoffreiches Blut in den Körperkreislauf zu befördern, da es sich aufgrund einer Schwäche der linken Herzhälfte in der Lunge staut. Dies äußert sich in Luftnot und kann zu niedrigem Blutdruck führen. Die Rechtsherzinsuffizienz definiert sich darüber, dass das vom Körper ankommende Blut nicht mehr schnell genug weiterbefördert werden kann und sich somit vor dem Herzen staut. Dies führt zu einem Druckanstieg in den Gefäßen, wodurch Wassereinlagerungen entstehen. Vor allem Leber, Beine, Bauchhöhle und der Brustkorb sind davon betroffen. Dabei können Beschwerden wie Appetitlosigkeit und ein Druckgefühl im Oberbauch auftreten. Wenn beide Herzhälften nicht mehr ausreichend funktionieren spricht man von einer Globalherzinsuffizienz. Die dabei auftretenden Symptome zeigen sich meist erst unter Belastung anhand von Müdigkeit und Dyspnoe. Der Körper nimmt diesen Zustand jedoch nicht einfach hin, sondern versucht die Defizite auszugleichen, was aber nur eine kurzfristige

Besserung zur Folge hat. Langfristig treten jedoch weitere Symptome auf, die im Nachfolgenden noch genauer beschrieben werden (Keuchen, Materna, Riedel, Ulbrich, & Dr. Werner, 2011).

Es wird ebenso nach dem zeitlichen Ablauf unterschieden. Eine akute Herzinsuffizienz tritt innerhalb weniger Stunden auf, zum Beispiel bei einer hypotonen Krise oder einem Herzinfarkt. Eine chronische Herzinsuffizienz hat eine Dauer von Monaten bis Jahren, durch beispielsweise einer arteriellen Hypertonie (Grünewald, Kobbert, & Terodde, 2009).

Ursachen und Häufigkeit

In der Literatur sind vielfältige Ursachen beschrieben, hierzu zählen die koronare Herzkrankheit, eine Durchblutungsstörung des Herzmuskels, sowie die Myokarditis oder Herzklappendefekte (Huppelsberg & Walter, 2013). Oft folgt eine Herzinsuffizienz auf eine Herzrhythmusstörungen, bei der das Herz entweder zu langsam oder zu schnell schlägt. Auch genetische Veränderungen der Herzstruktur spielen eine Rolle. Neben den Ursachen gibt es auch begünstigende Faktoren für die Entstehung einer Herzschwäche, diese bezeichnet man als sogenannte Risikofaktoren. Unter diese fallen hier einige chronische Erkrankungen, die Einnahme von Zytostatika, sowie erbliche und psychosoziale Faktoren (Keuchen, Materna, Riedel, Ulbrich, & Dr. Werner, 2011).

Weltweit steigt die Tendenz der Betroffenen und Herzinsuffizienz ist bei den über 65 Jährigen der Krankenhauseinweisungsgrund Nummer eins (Grünewald, Kobbert, & Terodde, 2009). Im Jahr 2012 wurde die Diagnose Herzinsuffizienz bei 385.901 Patienten allein in Deutschland gestellt und es sind im selben Jahr 46.410 Menschen an den Folgen dieser Krankheit gestorben. Das durchschnittliche Sterbealter lag 2013 bei 85,5 Jahren. Diese Zahlen verdeutlichen, dass Herzinsuffizienz eine ernst zu nehmende Krankheit darstellt, vor allem im höheren Lebensalter. Für die Einzelperson bedeutet diese Diagnose, dass sich ihr Leben grundlegend ändert. Der normale Tagesablauf muss an die Krankheit angepasst werden, da nun das Augenmerk weg von alltäglichen Problemen, hin auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers gelenkt werden muss. Zu dem kommen auf die gesamte Bevölkerung jährlich hohe Gesundheitskosten hinzu, diese betragen beispielsweise im Jahr 2008 über drei Millionen Euro (Statistische Bundesamt, 2012).

Die Heilungschancen dieser Erkrankung hängen stark davon ab, aus welchem Grund sie vorliegt. Liegt die Ursache bei übermäßigem Alkoholkonsum, so kann der komplette Verzicht darauf bewirken, dass das Herz sich wieder erholt. Auch wenn die Herzschwäche durch eine andere Grunderkrankung entstanden ist und diese erfolgreich behoben werden konnte, stehen die

Chancen gut, den Verlauf positiv beeinflussen zu können (Keuchen, Materna, Riedel, Ulbrich, & Dr. Werner, 2011).

Symptome

Je nachdem welche Grunderkrankung der Herzinsuffizienz zugrunde liegt, kann das Anfangsstadium für den Patienten symptomarm ablaufen, solange der Körper die Herzschwäche kompensieren kann. Verschlechtert sich jedoch die Herzleistung des Betroffenen, manifestiert sich die Herzinsuffizienz (Grünewald, Kobbert, & Terodde, 2009). Nun können Symptome wie allgemeine Müdigkeit, schnelle Erschöpfung bei körperlicher Betätigung oder eine verminderte Belastbarkeit auftreten. Zudem kann es zu Wassereinlagerungen in den Beinen und anderen Körperregionen kommen. Je nach Patient können die Symptome einzeln oder gehäuft, sowie in unterschiedlichem Ausmaß auftreten (Patienten-Information.de, 2014).

Diagnostik und Therapie

Wenn bei einem Patienten typische Symptome für eine Herzschwäche auftreten, wird zunächst die medizinische Vorgeschichte des Betroffenen erhoben, um herauszufinden, ob begünstigende Faktoren für diese Erkrankung vorliegen. Als nächster Schritt steht eine Basisdiagnostik an, bei der eine Blutentnahme vorgenommen wird, sowie eine Urinuntersuchung und Blutzuckerkontrollen. Ebenso werden ein EKG, eine Echokardiographie und weiterführende diagnostische Maßnahmen durchgeführt, die hier nicht weiter ausgeführt werden, den Rahmen dieser Arbeit nicht zu übersteigen ((BÄK), (KBV), & (AWMF), 2009).

Bei einer manifestierten Herzinsuffizienz sind die Ziele der Behandlung den Zustand des Patienten zu verbessern, zu stabilisieren und eine Verschlechterung zu verhindern. Hierfür erhalten die Patienten Medikamente.

Im Folgenden werden nur die gängigsten Medikamente genannt. Zu diesen zählen Diuretika, die dafür sorgen sollen, dass das überschüssige Wasser, das sich in den Beinen oder in der Leber festgesetzt hat, ausgeschwemmt wird. ACE-Hemmer wandeln körpereigenes Angiotensin I in Angiotensin II um. Dies führt dazu, dass sich die Blutgefäße des Patienten kontrahieren und somit weniger Mineralstoffe und Wasser ins Gewebe gelangen. Durch die Verengung der Blutgefäße muss das Herz stärker pumpen, um den Körper mit Blut zu versorgen. Wird die Bildung von Angiotensin II gehemmt, senkt sich der Blutdruck und das Herz wird entlastet. Auch Beta-Blocker gehören zur medikamentösen Therapie von Herzinsuffizienz. Sie bremsen die Wirkung von Stresshormonen, wie zum Beispiel Adrenalin, wodurch der Blutdruck sinkt und das

Herz weniger angestrengt wird. Liegen bei einem Patienten Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel Vorhofflimmern vor, oder hat er eine künstliche Herzklappe, können antikoagulative Medikamente eingesetzt werden, um die Blutgerinnung zu hemmen. Gegen Herzrhythmusstörungen und Vorhofflimmern wirkt das Präparat Digitalis, das aus den Wirkstoffen des Fingerhutes gewonnen wird (Keuchen, Materna, Riedel, Ulbrich, & Dr. Werner, 2011).

Klassifikation

Die New York Heart Association (NYHA) hat eine Klassifikation zur Einteilung des Schweregrades von Herzinsuffizienz eingeführt, basierend auf den Symptomen und der Belastbarkeit des jeweiligen Betroffenen. Patienten die an Herzinsuffizienz leiden werden in die vier Stadien (NYHA I–IV) eingeteilt (Adamopoulos, 2012). Die Abbildung 1 demonstriert diese Einteilung der NYHA-Stadien.

Klasse I	Keine Einschränkung der körperlichen Aktivität. Normale körperliche Aktivität führt nicht zu Luftnot, Müdigkeit oder Palpationen.
Klasse II	Leichte Einschränkung der körperlichen Aktivität. Beschwerdefreiheit unter Ruhebedingungen; aber bei normaler körperlicher Aktivität kommt es zu Luftnot, Müdigkeit oder Palpationen.
Klasse III	Deutliche Einschränkung der körperlichen Aktivität. Beschwerdefreiheit unter Ruhebedingungen; aber bereits bei geringer physischer körperlicher Aktivität Auftreten von Luftnot, Müdigkeit oder Palpationen.
Klasse IV	Unfähigkeit, körperliche Aktivität ohne Beschwerden auszuüben. Symptome unter Ruhebedingungen können vorhanden sein. Jegliche körperliche Aktivität führt zur Zunahme der Beschwerden.

Abbildung 1, eigene Darstellung nach Adamopoulos (2012)

1.2 Selbstpflege

Definitionen zum Thema Selbstpflege sind wichtig, da sie aufzeigen, welche Verhaltensweisen der Menschen unterstützt werden können, um die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern. Die Begriffsbildung wurde immer wieder erweitert, um die Selbstpflegeerfordernisse den aktuellen äußeren Umständen anzupassen. Laut der World Health Organization (WHO) ist Selbstpflege „(...) die Fähigkeit von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu verhindern, und Gesundheit zu erhalten und mit Krankheit und Behinderung zurechtzukommen mit oder ohne die Unterstützung von Gesundheitsleistungserbringern.“ (Webber, Guo, & Mann, 2013). Selbstpflegemanagement beinhaltet drei Hauptaufgaben. Zum einen müssen die Betroffenen täglich Medikamente einnehmen und Ernährungseinschränkungen einhalten, dies ist der medizinische Aspekt. Als zweites ist es wichtig sein Verhalten der Krankheit anzupassen. Dabei kann es dazu kommen, dass frühere Verhaltensweisen geändert, neue erlernt werden müssen und es zu einer Rollenveränderung kommt. Die dritte Hauptaufgabe besteht aus der emotionalen Bewältigung der Krankheitsfolgen (Grossmann & Mahrer-Imhof, 2008). Damit Patienten diese Aufgaben bewältigen können, benötigen sie jemanden der ihnen die richtigen Verhaltensweisen aufzeigt. Wer diese Aufgabe übernimmt, wird im Folgenden erläutert.

1.2.1 Selbstpflege nach Orem

Wie bereits am Anfang erwähnt müssen die Betroffenen ihren Alltag ihrer Krankheit anpassen. Sie werden zwar von den Ärzten mit Medikamenten eingestellt und regelmäßig überwacht, aber von genauso großer Bedeutung ist es, dass die Patienten ihren Körper beobachten und Veränderungen erkennen können. Wenn der Körper die Herzschwäche nicht mehr ausgleichen kann, kann es dazu kommen, dass er dekompensiert (Bundesärztekammer, 2011). Um einer Dekompensation, und der daraus folgenden Krankenhauseinlieferung, vorzubeugen, muss der Patient eine sorgfältige Selbstpflege durchführen. Dorothea Orem beschreibt dies als „die Ausübung von Aktivitäten zum Erhalt von Leben, Gesundheit und Wohlbefinden, die von Individuen ausgehen und von diesen für sich selbst ausgeübt werden“ (Meleis, 1999, S. 607). Sie benennt weiterhin verschiedene gesundheitlich bedingte Selbstpflegeerfordernisse. Zu diesen zählen das Aufsuchen von medizinischer Hilfe, wenn diese erforderlich ist, Kenntnisse über die eigene Krankheit und deren Folgen, genaue Befolgung der vom Arzt verschriebenen Maßnahmen, Annahme des eigenen körperlichen Zustands und des daraus resultierenden nötigen medizinischen Beistands (Meleis, 1999). Diesen legt Orem explizite und implizite Annahmen zugrunde. Zu den expliziten Annahmen zählen, dass die Pflege durch Pflegekräfte zweckbestimmt ist und nur

über einen gewissen Zeitraum durchgeführt wird. Die impliziten Annahmen verdeutlichen, dass jeder Mensch seine Pflegebedürfnisse selbständig befriedigen soll und für diese selbst verantwortlich ist. Ebenso soll er sich um Angehörige kümmern, falls diese selbst nicht dazu in der Lage sind. Selbstpflege kann durch menschliche Interaktion und Gespräche erlernt werden. Sie ist wichtig für die Gesundheit, Entwicklung und das Wohlbefinden des Menschen. Zu einem Problem kommt es, wenn der Patient aufgrund von physischen oder psychischen Gründen nicht mehr dazu fähig ist sich selbst zu pflegen. Dies bezeichnet Orem als Selbstpflegetdefizit (Meleis, 1999). Hierbei ist der Bedarf an Selbstpflege vorhanden, aufgrund einer Erkrankung, aber ist die Fähigkeit zur Durchführung dieser (Selbstpflegekompetenz) nicht ausreichend. Die Beschränkung der Selbstpflegekompetenz führt zu Selbstpflegeeinschränkungen, die in drei Arten aufgeteilt werden: Einschränkung des Verstehens, Einschränkung der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit und Einschränkung beim Engagement für zielgerichtete Handlungsabläufe (Dennis, 2001). An diesem Punkt benötigt die betroffene Person Hilfe, um ihre Selbständigkeit in Bezug auf die eigene Selbstpflege wiederzuerlangen. Diese Aufgabe übernimmt die Pflege. „Pflege kümmert sich insbesondere um die Selbstpflegehandlungen des Individuums und die fortlaufende Bereitstellung und das Management dieser Handlungen, mit dem Ziel, Leben und Gesundheit zu erhalten, sich von Leiden oder Verwundung zu erholen und deren Folgen zu bewältigen“ (Meleis, 1999, S. 612).

1.2.2 Selbstpflege und Symptomwahrnehmung bei Herzinsuffizienz

Die Selbstpflegetherfordernisse sind von Krankheit zu Krankheit unterschiedlich. Im Falle der Herzinsuffizienz sollte der Patient genau über seine Krankheit und deren Symptome Bescheid wissen und die Bedeutung der regelmäßigen Einnahme der verordneten Medikamente bewusst erfassen. Eine tägliche Gewichtskontrolle ist wichtig, um eine kontinuierliche Gewichtszunahme rechtzeitig zu erkennen und einen Arzt konsultieren zu können. Ebenso sollte der Patient die Folgen des eigenmächtigen Absetzens der verordneten Medikamente verstehen. Falls eine Trinkmengenbeschränkung besprochen wurde, sollte der Betroffene sich an diese halten, um die Nierenfunktion aufrechtzuerhalten. Ein Belastungsprotokoll, in dem festgehalten wird, wie sich der Patient in welcher Situation gefühlt hat, ist ratsam, um die für den Tag nötige Aktivität gezielt zu verteilen. Bei der Ernährung sollte bei Übergewicht auf kalorienreiche Nahrungsmittel eher verzichtet und bei Untergewicht kalorienreiche Lebensmittel eingenommen werden (Grünwald, Kobbert, & Terodde, 2009). Je nach Konstitution kann sich körperliche Aktivität

positiv auf das Befinden auswirken, dies sollte individuell mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden. Auf Alkohol und Zigaretten sollte jedoch verzichtet werden, da sie sich negativ auf die Krankheit auswirken (Patienten-Information.de, 2014).

Die Reaktion auf die vom Körper ausgesendeten Symptome, wie Atemnot oder Erschöpfungsgefühl kann entweder Wahrnehmen und Reagieren sein oder Ignoranz. Nimmt der Betroffene die Symptome wahr kann er diesen mit Schonung und Entlastung begegnen. Werden die Warnsignale jedoch ignoriert, droht die Dekompensation. Diese beiden Arten von Handlungen sind Strategien im Umgang mit den, durch die Krankheit ausgelösten, Einschränkungen. Durch die Annahme der Krankheit werden das Verhalten und die Belastung an die alltägliche Situation angepasst. Somit ändern die Patienten jedoch ihre Rolle, vom Aktiven zum Passiven, wodurch sie mehr Hilfe von Angehörigen benötigen. Diese Unselbständigkeit belastet viele Betroffene (Kolbe, Schnepf, & Zegelin, 2009).

1.3 Spezifikation des Alters

Im Zeitraum von 2004 bis 2012 stieg die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern in Deutschland, von 76 auf 78 Jahre, bei Frauen hingegen von 82 auf 83 Jahre. Die durchschnittliche Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren betrug bei den männlichen Bürgern 2012 18,3 Jahre, bei den Frauen hingegen 21,3 Jahre (Statistische Bundesamt, 2012). Die Menschen werden immer älter und es kommt in manchen Familien vor, dass fünf Generationen zur selben Zeit leben. So wie sich die Lebenserwartung verändert, hat sich auch die Ansicht des Alters verändert. Früher ging man davon aus, dass die fehlenden Fähigkeiten und Kompetenzen im Alter die wichtigste Rolle spielen. Heutzutage hat man diese Ansicht revidiert und konzentriert sich nun auf die Förderung der Selbständigkeit älterer Menschen (Kompetenzmodell) (Grünwald, Kobbert, & Terodde, 2009; Brandenburg, et al., 2007).

Dass die Menschen in Deutschland jährlich an Lebenserwartung dazugewinnen liegt daran, dass sich die Hygienebedingungen und Ernährungssituation verbessert haben, sowie die Medizinische Versorgung immer weiter voranschreitet. Die Geburtenrate jedoch ist immer weiter zurückgegangen, wodurch sich die Bevölkerungspyramide umgekehrt hat. Früher kamen viele Kinder auf wenige ältere Menschen, heute müssen wenige junge Menschen die älteren Generationen tragen (Demographische Alterung) (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2015). Einen Einblick in diese Entwicklung zeigt die Abbildung 2.

Wie der Körper auf das Älterwerden reagiert ist von Person zu Person unterschiedlich. Jedoch kann man allgemein davon ausgehen, dass die körperliche Leistungsfähigkeit abnimmt, die

Sinnesleistungen schlechter werden, das Kurzzeitgedächtnis nach lässt und sich das Reaktionsvermögen verlangsamt. Auch das Auftreten von Krankheiten häuft sich. Vor allem chronische Erkrankungen wie Herz- Kreislaufprobleme und neurodegenerative Krankheiten stehen im Vordergrund (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2015). Man spricht von Multimorbidität, was verdeutlicht, dass mehrere Krankheiten gleichzeitig auftreten, welche ineinander greifen und sich gegenseitig beeinflussen (Robert Koch Institut, 2012).

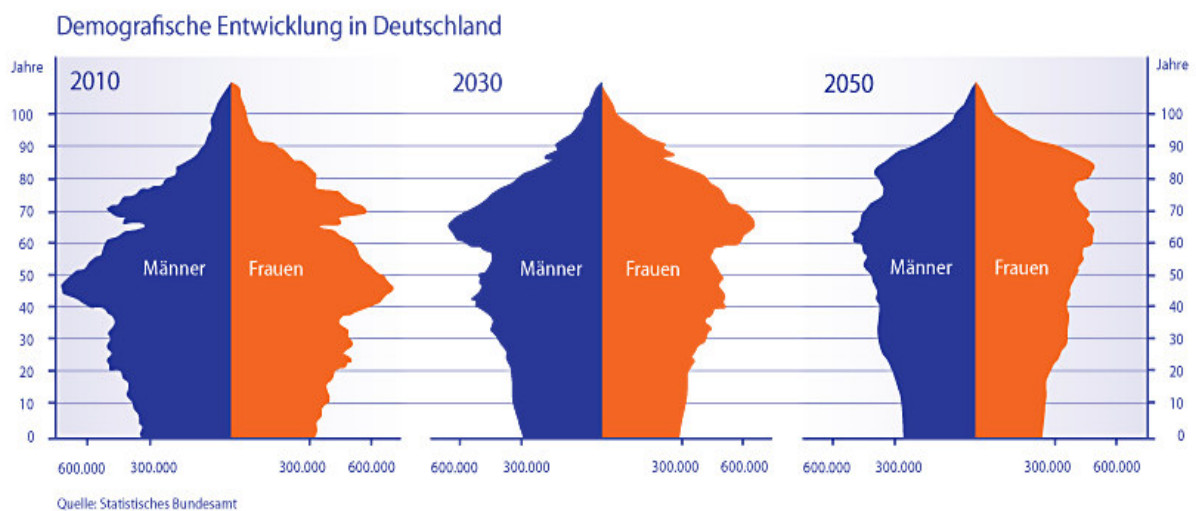


Abbildung 2, Demographischer Wandel (Olympia, 2015)

1.4 Fragestellung

Wie bereits beschrieben leiden vor allem ältere Menschen an Herzinsuffizienz und deren Folgen. Genau diese Bevölkerungsgruppe nimmt aber immer mehr an Gedächtnisleistung, Sinnesvermögen und körperlicher Leistungsfähigkeit ab. Lenkt man nun seinen Blick auf die Fülle an wichtigen Selbstpfleegerfordernissen, die bei dieser Krankheit erforderlich sind, wie die tägliche Gewichtskontrolle, die salzarme Ernährung und die ständige Beobachtung des eigenen Körpers, wirft sich die Frage auf, ob diese Bevölkerungsgruppe diese Situation, mit den im Alter auftretenden Defiziten, bewältigen kann.

Mit dieser Bachelorarbeit soll durch eine systematische Literaturrecherche herausgefunden werden, in wie weit dieses Gebiet schon erforscht ist, wobei das Hauptaugenmerk auf der Symptomwahrnehmung liegt. Bei der durchgeführten Literaturrecherche ist deutlich geworden, dass sich viele Forschungsarbeiten damit beschäftigen herauszufinden, welche Ursachen der

fehlenden Symptomwahrnehmung bei älteren Herzinsuffizienzpatienten zugrunde liegen. Hierbei kann man jedoch die Forschungsarbeiten nach zwei Ursachentypen unterscheiden. Auf der einen Seite wurden soziodemographische und klinische Ursachen als Gründe für eine verlängerte Wartezeit bei vorhandenen, teilweise stark ausgeprägten Symptomen einer Dekompensation genannt (Altice & Madigan, 2012); (Nieuwenhuis, Jaarsma, van Veldhuisen, & van der Wal, 2011). Hierunter zählen beispielsweise das Alter der Probanden, die Anzahl chronischer Symptome, das Geschlecht oder der Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA I- IV). Auf der anderen Seite haben die Autoren ihr Hauptaugenmerk auf die individuellen Motive der Patienten gelegt, um herauszufinden, warum die Personen die Symptome nicht wahrnehmen, beziehungsweise beim Auftreten der Beschwerden keine Hilfe holen. Als Ursache werden beispielsweise physische oder emotionale Gründe genannt (Platzhalter1). Mit dieser Arbeit soll der aktuelle Stand zum Thema Symptomwahrnehmung von älteren Patienten mit Herzinsuffizienz dargestellt werden. Sie bezieht sich im Konkreten auf die individuellen Gründe für eine eingeschränkte Wahrnehmung der eigenen Symptome.

2 Methodik

Als Methodik für die vorliegende Bachelorarbeit wurde eine systematische Literaturrecherche gewählt, um den aktuellen Stand der Forschung im Bezug auf Symptomwahrnehmung von älteren Herzinsuffizienzpatienten darzustellen. Die Systematisierung des bereits vorhandenen Wissens kann als Grundlage für weitere Forschungsarbeiten, zum Beispiel im Bereich der Patientenedukation, verwendet werden.

2.1 Suchstrategie

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum Anfang November bis Ende Dezember 2014 statt. Es wurde sowohl nach deutschsprachigen, als auch nach englischsprachigen Studien gesucht. Im Folgenden wird nun genauer auf die durchgeführte Suche eingegangen.

Um die große Bandbreite an Fachbegriffen und Schlüsselwörtern abzudecken, die auf für diese Arbeit potenziell wichtige Studien hinweisen könnten, wurden sie in vier Hauptsuchbegriffe unterteilt:

- Alter: older patients, aged, elderly, elders, aging
- Symptomwahrnehmung: symptom recognition, symptom management
- Selbstpflege: self care, self management
- Herzinsuffizienz: heart failure, chronic heart failure, acute heart failure

Die Synonyme für die vier Hauptsuchbegriffe wurden anschließend in unterschiedlichen Kombinationen verwendet und mit der Konjunktion „und“ verbunden. Da die Symptomwahrnehmung einen Teil der Selbstpflege darstellt, wurde neben der reinen Symptomwahrnehmung auch diese als Hauptsuchbegriff verwendet.

Mit den bereits genannten Suchbegriffen wurde in den Datenbanken CINAHL und PubMed nach verwendbaren Studien gesucht.

In der der Datenbank CINAHL kamen hierbei 54, zu den eingegebenen Begriffen passende, Studien heraus, in PubMed 56 Studien. Nach Ausschluss der in den einzelnen Datenbanken doppelt vorkommenden Studien durchliefen aus CINAHL 43 und aus PubMed 36 Studien eine genauere Begutachtung. Bei dieser Begutachtung wurden die Abstracts der verbleibenden Studien auf ihre Verwendbarkeit im Hinblick auf die Forschungsfrage geprüft.

Die Anzahl potenzieller Studien verringerte sich in der Datenbank CINHALL auf 10 Studien und in PubMed ebenfalls auf 10. Nach Ausschluss der in beiden Datenbanken vorkommenden Studien (7) wurden 13 Studien zur näheren Analyse herangezogen.

Ausgeschlossen wurden nach Durchsicht der Abstracts insgesamt 59 Studien. Als Ausschlusskriterien sind die folgenden Gründe zu nennen: fehlender Bezug zu Herzinsuffizienz (3), kein Bezug zur Symptomwahrnehmung (21), Bezug auf palliative Pflege (5), Beschreibung einer Behandlungsmethode (19), Studie nicht in Englisch oder Deutsch verfügbar (3) oder Studie beschäftigt sich nur mit der Beschreibung eines Symptoms von Herzinsuffizienz (8).

Eingeschlossen wurden Studien, die im Zeitraum von Januar 2004 bis Dezember 2014 veröffentlicht wurden, die als Patientengruppe Menschen mit einem Alter über 60 Jahren enthalten und bei denen die individuelle Symptomwahrnehmung der Betroffenen im Fokus steht. Die Darstellung des Suchverlaufs ist in Abbildung 3 ersichtlich.

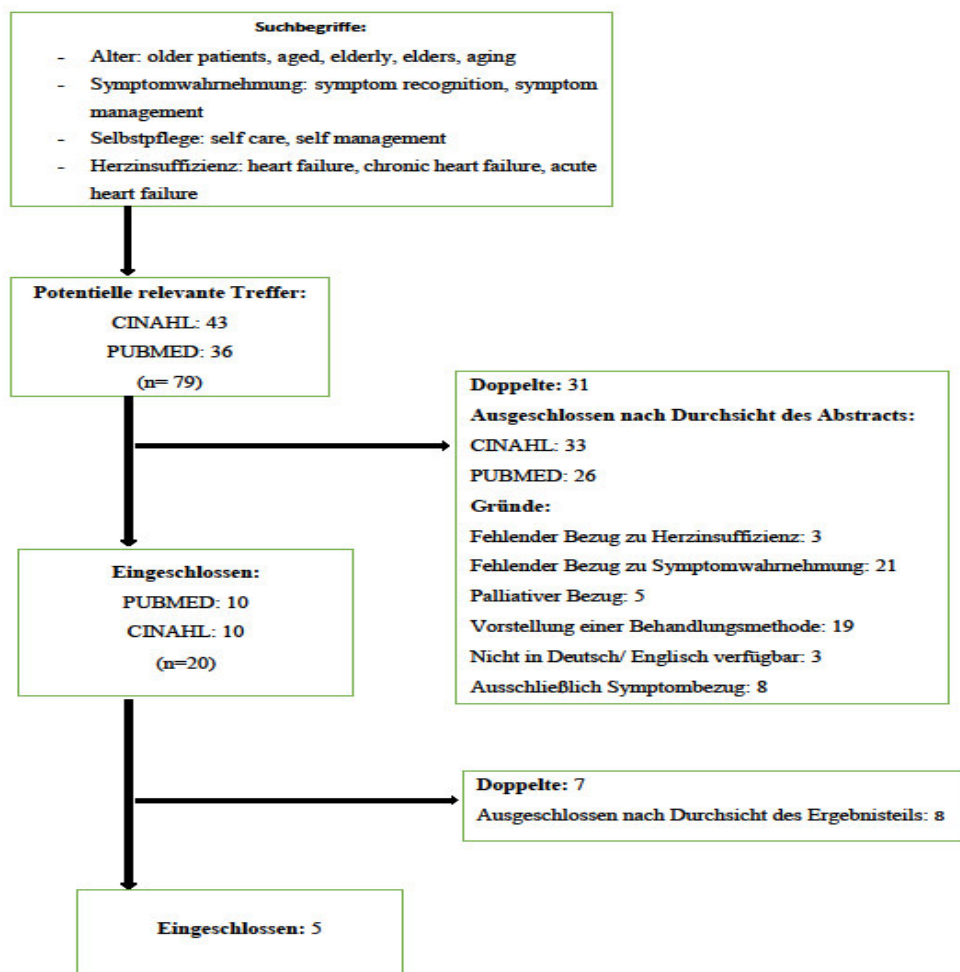


Abbildung 3, Suchbaum

2.2 Literatúrauswahl

Die verbleibenden 13 Studien wurden hinsichtlich ihres Ergebnisteils auf den Bezug zur Forschungsfrage geprüft. Bei dieser Prüfung zeigte sich, dass acht dieser Studien trotz scheinbar passendem Abstract im Ergebnisteil nicht den gewünschten Bezug zur individuellen Symptomwahrnehmung der Patienten im Fokus hatten und wurden somit ausgeschlossen. Eingeschlossen wurden insgesamt fünf Studien, alle in englischer Sprache verfasst, die sich auf die Forschungsfrage beziehen. Die ausgewählten Studien wurden mit Hilfe der allgemeinen Kriterien zu Beurteilung von Studien (Brandenburg, et al., 2007, S. 184) analysiert. Die Darstellung der Beurteilung der Studien wird in Abbildung 5 aufgezeigt.

Bei der Analyse der Studie von Lam & Smeltzer (2013) kam zum Vorschein, dass sich die Autoren auch mit den Studien von Jurgens, Hoke, Byrnes & Riegel (2009) und Riegel, et al. (2010) beschäftigt haben.

Um die systematische Literaturrecherche zu vervollständigen und einen möglichst umfassenden Forschungsstand darzustellen, wurden in die Analyse die übrigen 12 Studien von Lam & Smeltzer (2013) mittels des Schneeballsystems miteinbezogen. Drei dieser Studien konnten sofort ausgeschlossen werden, da sie den zeitlichen Rahmen von zehn Jahren überschritten. Acht weitere wurden nach Durchsicht des Ergebnisteils ausgeschlossen, da sie nicht dem Kernthema, der individuellen Symptomwahrnehmung von Patienten mit Herzinsuffizienz, entsprachen. Die genaueren Gründe finden Sie in Abbildung 4.

Ausschlusskriterium anhand des Kernthemas	Anzahl der betroffenen Studien
Soziodemographische und klinische Faktoren in Verbindung mit Symptomwahrnehmung	1
Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Hilfsleistungen in Kombination mit soziodemographischen Faktoren	3
Symptommuster	1
Reaktion der Betroffenen auf akute Symptome ohne emotionale Verknüpfung	1
Einschätzung der Körperwahrnehmung ohne persönlichen Bezug	1
Bedeutung von Expertenwissen	1

Abbildung 4, Ausschlusskriterien

Eine explorative, deskriptive Studie von Jurgens (2006) konnte jedoch, aufgrund der inhaltlichen Übereinstimmung mit der Forschungsfrage dieser Literaturanalyse, eingeschlossen werden. Da sich der für die Forschungsfrage wichtige Inhalt aus der Studie von Lam & Smeltzer (2013), ausschließlich auf die drei nun eingeschlossenen Studien bezieht, wurde das integrative Review ausgeschlossen, um eine Wiederholung der Ergebnisse auszuschließen.

Im folgenden Ergebnisteil werden die Inhalte und Resultate der fünf eingeschlossenen Studien vorgestellt.

Kriterien Studien	Forschungs- Frage	Design	Literatur- analyse	Stichprobe	Datenerhe- bungsme- thoden	Ethik	Analyse	Ergebnisse	Diskussion	Übertrag- barkeit
Harkness, et al. (2014)	✓	✓	✓	✓ 100 TN	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Jurgens (2006)	✓	✓	✗	✓ 201TN	✓	✗	✓	✓	✓	✓
Jurgens, Hoke, Byr- nes & Rie- gel (2009)	✓	✓	✗	✗ 77TN	✓	✗	✓	✓	✓	✓
Riegel, et al. (2010)	✓	✓	✓	✓ 29TN	✓	✗	✓	✓	✓	✓
Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013)	✓	✓	✓	✗ 36TN	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Abbildung 5, Beurteilung der verwendeten Studien

✓= erfüllt, ✗= nicht erfüllt, TN= Teilnehmerzahl

3 Ergebnisse

Die nun vorliegenden fünf Studien wurden in dem Zeitraum zwischen 2006 und 2014 veröffentlicht. In den Arbeiten variierte die Anzahl der Teilnehmer von 29 bis 201. Die Anzahl männlicher Teilnehmer überstieg stets die der weiblichen, bis auf in der Studie von Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013), in der die Anzahl an Frauen und Männern gleich war. Das Durchschnittsalter der Probanden lag fast durchwegs bei 65 Jahren oder älter. Außer in der Studie von Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013), in der nur ein Drittel der 36 Teilnehmer über 65 Jahre alt waren.

Wenn man sich nun die Methodik der einzelnen Studien betrachtet, lässt sich erkennen, dass zwei von fünf Studien einen Mixed-Method Ansatz (Riegel, et al., 2010); (Jurgens, Hoke, Byrnes, & Riegel, 2009) verwendeten. Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) nutzen das Verfahren einer sekundären qualitativen Analyse von vier Mixed-Method Studien. Jurgens (2006) erstellte eine explorative, deskriptive Studie. Als fünftes und somit letztes Design innerhalb der vorliegenden Studien befassten sich Harkness, et al. (2014) mit einer beobachtenden Querschnittsstudie. Im Folgenden möchte ich auf die Designs der einzelnen Studien näher eingehen.

3.1 Vorstellung der verwendeten Studien

Riegel et al. (2010) nutzten eine Querschnittsstudie im Mixed-Method Design, um herauszufinden, wie das Alter die Wahrnehmung und Interpretation von Herzinsuffizienzsymptomen bei den Betroffenen beeinflusst. Hierfür ließen sie 29 sowohl jüngere, als auch ältere australische Teilnehmer, sechs Minuten am Stück laufen. Die Geschwindigkeit konnte von den Probanden selbst bestimmt werden, die Vorgabe war nur „so schnell wie möglich“ zu gehen. Vor dem Lauf-Test wurden die Patienten einem kurzen Gesundheitscheck unterzogen und mussten einen Basisfragebogen ausfüllen, damit die Sicherheit gewährleistet ist. Um herauszufinden, wie gut die Probanden ihre Symptome wahrnehmen wurden sie kurz vor dem Lauf-Test, sowie direkt danach und nach weiteren fünf Minuten, gefragt, wie stark sie ihre Kurzatmigkeit einschätzen. Die Empfindung der eigenen körperlichen Anstrengung wurde mittels der Borg-Skala sowohl vom Probanden selbst, als auch von dem jeweiligen Interviewer erhoben. Nach dem Lauf-Test wurde die Symptomwahrnehmung weiterhin mit einem teilstrukturierten Interview, mit vielen offenen Fragen eingeschätzt. Bei der Auswertung der Daten bildeten die Forscher zwei Gruppen, indem sie die Gruppe nach Alter in der Mitte teilten und die Ergebnisse der jüngeren, mit denen der älteren Probanden verglichen.

Die zweite Mixed-Method Studie von Jurgens, Hoke, Byrnes & Riegel (2009) zielte darauf ab, die Erfahrungen mit Herzinsuffizienzsymptomen und die darauf folgende geistige und emotionale Reaktion zu beschreiben. Ebenso wurde der Einfluss von soziodemographischen, klinischen, kognitiven, und sozialen Kontextfaktoren auf das Selbstpflegeverhalten vor der Krankenhauseinweisung untersucht. Hierfür legten sie den Schwerpunkt auf quantitative Daten, die sie von 77 Teilnehmern in den USA sammelten. Zur Erhebung verwendeten sie unter anderem die sogenannten „Heart Failure Somatic Perception Scale“, ein Einschätzungsinstrument zur Erkennung von körperlichem Bewusstsein für Herzinsuffizienzsymptome. Die funktionelle Leistung wurde mit der sogenannten „Specific Activity Scale“ aufgezeigt. Ebenso erhoben sie Daten über die emotionalen, kognitiven und sozialen Einflussfaktoren auf die Reaktion auf bestehende Symptome mittels eines Fragebogens. Qualitativ wurde die Wahrnehmung der Symptome und deren Beeinflussung mit Hilfe eines Interviews mit offenen Fragen ermittelt.

Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) analysierten, qualitativ sekundär, vier Mixed-Method Studien, um den Prozess der Entscheidungsfindung von älteren Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in Bezug auf bestehende Symptome zu erklären. Von den ursprünglich insgesamt 120 Teilnehmern selektierten sie 36. Die Studie beinhaltet sowohl Betroffene aus den USA, als auch aus Australien. Als Grundlage verwendeten sie ein deskriptives Model, das sich darauf bezieht, wie Menschen in der Realität für sie wichtige und vertraute Entscheidungen treffen (Naturalistic Decision-Making). Die bereits bestehenden qualitativen Datensets, der 36 ausgewählten Probanden, wurden genutzt, um nachträglich Forschungsfragen zu beantworten. Diese bezogen sich auf Faktoren, die die Selbstpflege, die tägliche Ausübung von Selbstpflegehandlungen und die Einhaltung der getroffenen Entscheidungen beeinflussen. Die Analysen wurden von zwei unabhängigen Wissenschaftlern durchgeführt und am Ende verglichen und ausgewertet.

Mittels einer explorativen, deskriptiven Studie hat sich Jurgens (2006) der Frage nach der Beziehung zwischen Körperbewusstsein, Unsicherheit, Symptommustern, Alter, Geschlecht, Krankheitsvorgeschichte und Dauer, bis zum Aufsuchen medizinischer Hilfe, von Patienten mit akuter Herzinsuffizienz gewidmet. Den konzeptionellen Rahmen bildeten die „Theory of Unpleasant Symptoms“ und die „Theory of Uncertainty in Illness“. Erstere befasst sich mit den Faktoren, die die physische Wahrnehmung und das Wissen über Handlungsmaßnahmen bei auftretenden Symptomen, beeinflussen. Die zweite Theorie beinhaltet ein umfassendes Model über die kognitive Krankheitserfahrung und Symptombewertung. Sie zeigt auf, wie sich diese bezüglich der Anpassungsstrategien im Alltag verhalten. Die benötigten Daten wurden mit

Hilfe von drei Fragebögen erhoben, die das allgemeine Körperbewusstsein, das spezifische Körperbewusstsein bei vorhandener Herzinsuffizienz und die Unsicherheit der Probanden gemessen haben. Bei einem Interview wurden zusätzlich soziodemographische Daten, sowie die Dauer und das Symptommuster von Herzinsuffizienzsymptomen, gesammelt. Um die Krankheitsvorgeschichte, bezüglich Beginn der Herzinsuffizienz, Nebenerkrankungen und Zustand des Körpers bei der Eingangsuntersuchung, vorliegen zu haben, wurden die Krankenakten der Probanden überprüft. Die 201 Patienten wurden von drei Standorten in Massachusetts und New York eingeholt.

Harkness et al. (2014) wählten das Design einer beobachtenden Querschnittsstudie, um herauszufinden, ob das Vorhandensein einer leichten kognitiven Störung bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz signifikant in Verbindung mit dem Selbstpflegeverhalten steht. Als Grundlage verwendeten die Autoren die Krankenakten der 100 Probanden, um Daten, wie Alter, Geschlecht und Krankheitsgeschichte vorliegen zu haben. Zur Testung der psychischen Gesundheit wurde das sogenannte „MoCA tool“ verwendet. Dies ist ein Instrument, mit dem das Vorhandensein einer leichten kognitiven Störung eingeschätzt werden kann. Ebenso mussten die Probanden die „Geriatric Depression Scale-Short Form“ ausfüllen, die Hinweise auf eine eventuell vorhandene Depression gibt. Zur Einschätzung der Selbstpflege, bestehend aus Selbstpflegemanagement, Selbstpflegevertrauen und Selbstpflegeerhaltung, wurde die „SCHFI version 6.2“ herangezogen. Dieses Hilfsmittel ist ein mehrdimensionales Selbsteinschätzungsinstrument in Bezug auf das Selbstpflegeverhalten.

3.2 Ursachen für fehlende Symptomwahrnehmung

Um zum Kernthema, der Symptomwahrnehmung von älteren Herzinsuffizienzpatienten, zu kommen, wurden die vorliegenden Ergebnisse der fünf Studien zum leichteren Verständnis in vier Kategorien eingeteilt. Je nach Vorhandensein der jeweiligen Kategorie, werden die Ergebnisse der einzelnen Studien dargestellt.

3.2.1 Erfahrung, Krankheitskenntnisse und Symptominterpretation

Jurgens, Hoke, Byrnes & Riegel (2009) befragten Betroffene mittels eines Fragebogens bezüglich typischer Herzinsuffizienzsymptome. Dabei kam heraus, dass über die Hälfte der Probanden (56%) diese nicht kennen und auch deren Bedeutung nicht einschätzen können. Viele der Betroffenen (80%) warteten, aufgrund der fehlenden Kenntnisse über die richtige Einschätzung der Ernsthaftigkeit ihrer Symptome, dass diese von selbst aufhören. Ebenso erkannte über die Hälfte der Probanden die Ursache ihrer Symptome nicht als Folge der Herzinsuffizienz, ein

Drittel verband sie noch nicht einmal mit dem Herzen, sondern dachte beispielsweise bei auftretender Dyspnoe an Lungenprobleme. Bei einer genaueren Betrachtung fanden die Autoren heraus, dass aufgrund vorliegender Nebenerkrankungen eine Zuordnung des Auslösers der Beschwerden gehemmt wurde. Hervorgehoben wurde, dass das Alter in der befragten Teilnehmergruppe nicht als üblicher Grund für das Auftreten von Symptomen genannt wurde.

Jurgens (2006) untersuchte in seiner Studie die Dauer zwischen dem Auftreten von typischen Symptomen von Herzinsuffizienz, bis zum Aufsuchen medizinischer Hilfe. Dabei vertrat er die Hypothese, dass Patienten, die bereits wegen akuten Herzinsuffizienzproblemen Hilfe benötigt haben, länger bei erneut auftretenden Symptomen warten, bevor sie Maßnahmen einleiten, als Betroffene, bei denen die Symptomatik erstmalig auftritt. Dies konnte jedoch nicht von ihm bestätigt werden, da erstmalig betroffene Patienten länger als die Vergleichsgruppe gewartet haben, bis sie sich medizinische Hilfe gesucht haben. In dieser Studie zeigte sich auch, dass je älter die Betroffenen waren, desto kürzer war die Wartezeit, bis sie auf ihre Symptome reagiert haben. Ebenso reduzierte ein plötzlicher Symptomeintritt die Wartedauer.

Auch die Studie von Riegel et al. (2010) beschäftigte sich mit dem Thema Symptomerkennung und deren Interpretation. Sie führten einen sechsminütigen Lauf-Test mit den Teilnehmern durch, befragten sie davor und danach nach der Einschätzung der körperlichen Belastung und erhoben zusätzlich diese Einschätzung auch selbst. Hierbei zeigt sich, dass Symptome von den älteren Probanden nicht erkannt oder falsch interpretiert werden. Betroffene bezogen ihre Beschwerden nicht auf die Verschlechterung ihrer Herzinsuffizienz, sondern auf Zusatzerkrankungen oder schlechte Kondition. Die jüngeren Probanden hingegen konnten ihre körperlichen Symptome und deren Herkunft genauer benennen und auch einschätzen. Die Bedeutung der Schwere der Symptome konnten die Jüngeren jedoch auch nur ungenau einschätzen.

Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) fanden heraus, dass Erfahrung mit vorangegangenen Ereignissen einen Schlüsselfaktor darstellt, mit dem Betroffene Situationen wahrnehmen, interpretieren und darauf reagieren können. Dadurch können Patienten initiativ Selbstpflege-Entscheidungen treffen und ihr Situationsbewusstsein verbessern. Die Erfahrung beeinflusst den Prozess der Entscheidungsfindung bezüglich der Selbstpflege, was aber nicht dazu führt, dass weder unterschiedliche Patienten, noch derselbe Betroffene in ähnlichen Situationen immer gleich handeln.

3.2.2 Symptomwahrnehmung und mentaler Bezug

Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) haben sich in ihrer Studie damit beschäftigt, wie der Prozess einer natürlichen Entscheidungsfindung bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz bei auftretenden Symptomen abläuft. Hierbei nehmen das Situationsbewusstsein der Person und die mentale Simulation der Aktionsmöglichkeiten einen zentralen Stellenwert ein. Unter Situationsbewusstsein verstehen die Autoren das Erkennen beziehungsweise Verkennen der Bedeutung der vorliegenden Symptome und die daraus resultierende Abwägung der Handlungsoptionen. Wenn die Symptome nicht erkannt werden erfolgt auch keine Abwägung der Optionen. Die mentale Simulation der Aktion basiert auf dem Situationsbewusstsein und wird von früheren Erfahrungen mit ähnlichen Situationen beeinflusst. Am Ende erfolgt eine Evaluation des Vorgangs. Somit kamen nach Analyse der Interviews der Probanden folgende Ergebnisse zum Vorschein: Patienten ohne Situationsbewusstsein, die ihre Symptome zwar wahrgenommen haben, deren Bedeutung aber nicht, konnten auch keine Lösung der vorliegenden Situation beschreiben. Andere Patienten, die keine Probleme mit der Symptomwahrnehmung und deren Einschätzung hatten, konnten ihre Optionen mental abwägen, einen Handlungsplan fassen und agieren. Bei der mentalen Simulation der bevorstehenden Handlungsmöglichkeiten riefen sich die Probanden eine bereits vertraute und im Vorfeld durchlebte Situation ins Gedächtnis und verglichen die vorliegende Situation mit dieser. Wichtig bei diesem Vergleich war den Patienten auch das Endergebnis der vorangegangenen Entscheidung. Falls dieses für sie positiv war, glichen sie ihr Verhalten an die neue Situation an.

Harkness et al. (2014) haben sich diesem Thema von einer anderen Perspektive aus gewidmet. Sie untersuchten den mentalen Zustand der Patienten hinsichtlich dem Vorhandensein einer leichten kognitiven Störung und haben einen Bezug zum Selbstpflegemanagement von älteren Patienten mit Herzinsuffizienz hergestellt. Dabei zeigte sich, dass 73% der Probanden an einer leichten kognitiven Störung litten. Die Probanden mit einer leichten kognitiven Störung hatten bei der Testung des Selbstpflegeverhaltens signifikant schlechtere Ergebnisse, als Patienten ohne genannte Beeinträchtigung. Laut Harkness et al. (2014) konnten 57% der Gesamtpatientenanzahl Veränderungen in ihren Symptomen schnell oder sehr schnell erkennen und 62% würden wahrscheinlich oder höchst wahrscheinlich Hilfe rufen, falls dies nötig ist. Bei stärkerer kognitiver Beeinträchtigung sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Probanden, bei auftretenden Problemen, an einen Arzt wenden. Hinsichtlich der Wahrnehmung von Symptomverän-

derungen und der eigenverantwortlichen Einnahme von Extra-Diuretika bei auftretender Notwendigkeit, gab es keinen Unterschied zwischen Probanden mit und ohne leichter kognitiver Störung.

3.2.3 Körperbewusstsein und Emotionen

Körperbewusstsein und Unsicherheit sind in der Studie von Jurgens (2006) die Kernthemen in Bezug auf den Zeitpunkt, an dem die von akuter Herzinsuffizienz Betroffenen sich medizinische Hilfe holen. Er nimmt am Anfang seiner Studie mittels einer Hypothese an, dass Patienten, die weniger Bewusstsein für ihren eigenen Körper haben und mehr Unsicherheit in Bezug auf ihren körperlichen Zustand zeigen, länger warten, bis sie sich Hilfe holen, wenn sich ihr Zustand verschlimmert. Bei seinen Untersuchungen zeigt sich, dass Körperbewusstsein und Unsicherheit in positivem Zusammenhang stehen und sich somit beeinflussen. Ebenso zeigt sich eine signifikante Korrelation zwischen akuter Symptombdauer und dem Körperbewusstsein bei Herzinsuffizienz, dem Symptommuster und dem Alter. Zwischen dem Vorhandensein von Unsicherheit und der Wartezeit, bis sich Betroffene an jemanden wenden, konnte jedoch keine Beziehung in Bezug auf die Symptombdauer gemessen werden. Somit konnte Jurgens Hypothese bezüglich geringerem Körperbewusstsein, höherer Unsicherheit und längerer Wartezeit nicht gestützt werden. Es zeigte sich auch, dass je stärker die Symptome für die Patienten spürbar waren, umso länger dauerten diese auch an und umso höher war das Leid der Betroffenen. Aber der Bezug zur Wartedauer war sehr unterschiedlich, da einige Patienten bei starkem Symptomleiden schnell Hilfe aufgesucht haben, wohingegen andere sogar Tage gewartet haben.

Auch bei Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) beeinflusste die Unsicherheit der Patienten ihr Verhalten. So entschieden sich Betroffene, die Unsicherheit in Bezug auf die Bedeutung und den Stellenwert von auftretenden Symptomen zeigten, dafür die Beschwerden auszuhalten und abzuwarten oder zu ignorieren. Im Gegensatz dazu handelten diejenigen, die die Situation mit hohem Risiko, Handlungs- oder Zeitdruck verbanden, schneller. Unsicherheit und Doppeldeutigkeit aufgrund von unzureichenden oder fehlenden Informationen bezüglich ihrer Krankheit, beeinflussten die mentale Handlungsplanung meist negativ.

Riegel et al. (2010) führen die Schwierigkeit der älteren Patienten ihre Symptome wahrzunehmen, auf eine bestehende Unsicherheit bezüglich der Interpretation von Kurzatmigkeit zurück. Auch zeigen sie auf, dass ältere Patienten ihre Krankheit anders erleben, als jüngere. Für die jüngeren Betroffenen hat die Krankheit gefühlt mehr negative Auswirkungen auf ihren Alltag,

da sie noch nicht so lange mit den Einschränkungen leben und diese umso stärker wahrnehmen. Dies führt aber wiederum dazu, dass Jüngere die Symptome schneller erkennen und besser interpretieren können. Im Gegensatz dazu sehen ältere Betroffene ihre Krankheit positiver, da sie die Einschränkungen im Alltag gewohnt sind und ihr Augenmerk auf schönere Dinge legen können. Der Nachteil dieser Sichtweise ist die verminderte Aufmerksamkeit und damit die schlechtere Wahrnehmung und Interpretation ihrer Symptome.

Die emotionale Reaktion auf Symptome, wie Angst oder Furcht, hatte bei Jurgens, Hoke, Byrnes & Riegel (2009) keinen Bezug zur Dauer der Symptome ab deren Beginn. Dyspnoe und Angst beeinflussten sich entgegengesetzt, sobald die Atemnot allgegenwärtig wurde. Was dazu führte, dass die Angst umso geringer war, je länger die Wartezeit bis zur Aufnahme im Krankenhaus war. Gewichtszunahme und Furcht verhielten sich in einer ähnlichen Beziehung zueinander. 36,3% empfanden Furcht im Zusammenhang mit bestehenden Symptomen, wohingegen 76,6% wenig bis gar keine Furcht angaben.

3.2.4 Bedeutung des sozialen Umfelds

Als Unterstützung und Entscheidungshelfer greifen viele Menschen auf ihr soziales Umfeld, wie Ehepartner, Kinder, andere Verwandte oder Freunde zurück. Laut Jurgens, Hoke, Byrnes & Riegel (2009) trafen 79% ihrer Probanden die Entscheidung sich Hilfe zu holen, als die Symptome akut auftraten, eher selbständig, als dass sie von anderen dazu ermutigt wurden. Über die Hälfte der Betroffenen wollte niemanden mit ihren Problemen beunruhigen und haben sich somit keine Hilfe bei Angehörigen gesucht. Familienmitglieder wurden außen vor gelassen, um Unannehmlichkeiten und Störungen dieser zu vermeiden. 84% leugneten, dass Verlegenheit der Grund war, weshalb sie sich keine Hilfe gesucht haben. Ebenso bestritten viele der Probanden (87%), dass soziale Pläne sie, in der Entscheidung medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, beeinflusst haben. Einige Patienten gaben an, dass sie gezögert haben, sich Hilfe zu holen, da sie noch auf Familienangehörige gewartet haben. Ein Drittel forderte keine medizinische Unterstützung an, weil sie einen Krankenhausaufenthalt vermeiden wollten. Die Gründe hierfür waren, dass die Zuständigkeit hierfür beim Betreuer liegt, frühere Erfahrungen mit Krankenhausaufenthalten negativ behaftet sind und finanzielle Sorgen im Vordergrund stehen. Bei 25% der Betroffenen initiierte ein Familienmitglied das Aufsuchen medizinischer Hilfe und einige Patienten bemerkten ihre Kurzatmigkeit oder reduzierte Bewegungstoleranz nicht, bis sie jemand aus dem näheren Umfeld darauf aufmerksam gemacht hat. Der nur schrittweise zunehmende Anstieg der Symptomstärke, und die damit verbundene Anpassung durch

verminderte körperliche Aktivität, verhinderte bei einigen Patienten die Wahrnehmung der eigenen Symptome.

Ähnliche Ergebnisse lassen sich auch bei der Studie von Riegel et al. (2010) finden. Hier kommt zum Vorschein, dass nur wenige Probanden ihre Symptome ohne die Hilfe von Außenstehenden erkennen. Selbst bei plötzlich auftretender Kurzatmigkeit, nach dem sechsminütigen Lauf-Test, erkannte eine Probandin dies nicht, bis der Interviewer sie daraufhin gewiesen hat. Ältere Patienten, die zwar Symptome im Zusammenhang mit ihrer Flüssigkeitszufuhr, wie Ödeme oder nächtliches Wasserlassen, erkannten, benötigten dennoch die Hilfe eines Arztes, um diese zu interpretieren.

Bei Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) hatten die meisten der Patienten positive persönliche Ziele (mehr Zeit mit Angehörigen verbringen, etc.), die ihr Selbstpflegeverhalten unterstützen. Dennoch gerieten sie in einen persönlichen Konflikt, wenn ihre Krankheit ihre Freizeit beeinflusst hat. So setzten sie Prioritäten und gaben Arbeit oder Familie den Vorrang vor der Selbstpflege. Beispielsweise ignorierte ein Proband seine Kurzatmigkeit, während er auf seine kleine Tochter aufgepasst hat. Das Unvermögen dieser Betroffenen, konkurrierende Ziele richtig zu managen, beeinflusst ihr Selbstpflegeverhalten negativ.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Nach der Darstellung der Ergebnisse, der verwendeten Studien, folgt nun eine Analyse und Interpretation dieser. Anschließend werden die Ergebnisse und das methodische Vorgehen in dieser Arbeit diskutiert, sowie ein Ausblick auf zukünftig noch interessante Forschungen gegeben. Bereits bestehende Ansätze anderer Autoren werden gegen Ende aufgezeigt.

Analyse und Interpretation der Ergebnisse

Sowohl Jurgens (2006), als auch Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) beschäftigten sich mit dem Einfluss von Erfahrungen auf das Verhalten von Betroffenen in akuten Situationen. Jurgens (2006) stellt hierbei fest, dass Patienten mit Vorerfahrungen bei akuten Symptomen nicht so lange zuhause ausharren, wie Unerfahrene. Diese Erkenntnis in Verbindung mit den Ergebnissen von Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013), darüber, dass Betroffene aus Erfahrungen lernen und somit ihr Situationsbewusstsein und ihre Selbstpflege verbessern, verdeutlicht, dass Betroffene ihre Symptomwahrnehmung und deren Einschätzung verbessern können, wenn sie vorherige Situationen meistern konnten. Jurgens, Hoke, Byrnes & Riegel (2009) fanden heraus, dass viele Patienten geringe bis keine Kenntnisse über Symptome und Verlauf der eigenen Krankheit besitzen. Dies geht soweit, dass sie typische herzbedingte Symptome auf andere Organe umdeuten. Auch die älteren Probanden bei Riegel et al. (2010) verkannten die genaue Ursache ihrer Beschwerden. Die Jüngeren hingegen hatten ein besseres Wissen über ihre Krankheit und konnten den Zusammenhang zur Herzinsuffizienz herstellen.

In Bezug auf Krankheitskenntnisse und Symptominterpretation gibt es vor allem bei den älteren Patienten großen Nachholbedarf, wohingegen den Jüngeren die Erfahrung im Umgang mit akuten Beschwerden fehlt. Fraglich ist jedoch, warum Ältere im Vergleich zu Jüngeren, schlechtere Krankheitskenntnisse haben und ihre Symptome nicht richtig interpretieren können, obwohl sie schon länger damit leben und laut Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) sich ihre Kenntnisse und ihr Verhalten verbessern müssten.

Dass Symptomwahrnehmung viel mit geistiger Leistungsfähigkeit zu tun hat, zeigt vor allem die Studie von Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013). Es wird deutlich, dass es nicht genügt Erfahrungen mit vorherigen Ereignissen zu haben, genauso wichtig ist die exakte Interpretation der Situation und die mentale Aufarbeitung hinsichtlich der Erstellung eines Handlungsplans. Für dieses Vorgehen scheint eine ungetrübte Kognition von großer Bedeutung zu sein. Dies

verdeutlicht Harkness et al. (2014) mit der Studie „Cognitive function and self-care management in older patients with heart failure“. In dieser zeigt sich, dass bereits bei einer leichten kognitiven Störung, das Selbstpflegeverhalten beeinträchtigt wird.

Diese Erkenntnis gewinnt noch mehr an Bedeutung unter Berücksichtigung des Welt-Alzheimer-Berichts 2013, nach dem sich zufolge im Jahre 2050 die Zahl der an Alzheimer erkrankten Menschen verdreifachen soll, auf 115 Millionen. Somit steigt die Anzahl der, in Bezug auf Selbstpflege, hilfsbedürftigen Patienten.

Aber nicht nur der mentale Zustand kann die Symptomwahrnehmung beeinflussen, sondern auch Emotionen, wie Unsicherheit. Bei Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) lähmt die Unsicherheit, in Bezug auf die Symptome, die Probanden und führt dazu, dass die Betroffenen lieber abwarten, weil sie keinen klaren Handlungsplan fassen können. Jurgens (2006) erkennt eine positive Korrelation bezüglich dem Körperbewusstsein und der Unsicherheit der Patienten, was dazu führt, dass die Unsicherheit umso größer ist, je ausgeprägter das Bewusstsein für den eigenen Zustand ist. Dass diese Probanden, dann aber umso länger ausharren, je höher die Unsicherheit ist, konnte er nicht bestätigen. Auch Riegel et al. (2010) führen eine Einschränkung in der Symptomwahrnehmung der Probanden auf Unsicherheit zurück. Aber auch die Grundeinstellung der Betroffenen spielt eine wichtige Rolle, da in dieser Studie gezeigt wird, dass ältere Patienten zwar grundlegend positiver gegenüber ihrer Krankheit eingestellt sind, dies sie aber teilweise blind für die Wahrnehmung und Interpretation ihrer Symptome macht. Wohingegen die Jüngeren wachsender sind, dafür aber ihren Alltag sehr stark eingeschränkt und somit negativer erleben.

Im Hinblick auf diese Ergebnisse muss in der zukünftigen Verbesserung der Symptomwahrnehmung von älteren Patienten die Unsicherheit thematisiert und beseitigt werden, damit ein gutes Selbstpflegeverhalten erreicht werden kann.

Nun sind die meisten Menschen aber keine Einzelgänger, sondern haben soziale Kontakte, die vermeintlich eine große Unterstützung darstellen sollten. Dass dies nicht unbedingt der Fall ist verdeutlichen Jurgens, Hoke, Byrnes & Riegel (2009) mit ihrer Studie „Why Do Elders Delay Responding to Heart Failure Symptoms?“. In dieser zeigt sich deutlich, dass das soziale Umfeld sogar extra von Betroffenen gemieden wird, um nicht zur Last zu fallen und kein Stressauslöser zu sein. Die Sorge um die Angehörigen ist hierbei größer, als die Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper. Dies geht soweit, dass akut einsetzende Beschwerden ignoriert werden, damit soziale Pläne nicht beeinträchtigt werden (Riegel, Vaughan Dickson, & Topaz, 2013). Dabei

ist der Einbezug Außenstehender wichtig, da diese die fehlende oder schlechte Selbstwahrnehmung der Patienten ausgleichen können, indem sie auffallende Beschwerden ansprechen und die Betroffenen dazu bringen können, medizinische Hilfe anzufordern (Riegel, et al., 2010), (Jurgens, Hoke, Byrnes, & Riegel, 2009).

Diskussion

Wenn man sich auf der Grundlage des bisherigen Verlaufes dieser Arbeit, nun noch einmal die Forschungsfrage ins Gedächtnis ruft, fällt auf, dass die angesprochenen Einflussfaktoren auf die Symptomwahrnehmung sehr patientenindividuell sind. Wie bereits am Anfang dieser Arbeit erwähnt, sollte diese Arbeit nicht allgemeine Faktoren, wie zum Beispiel den Einfluss des Alters oder des Geschlechts, darstellen, sondern hinter die Fassade dieser Zahlen und Fakten blicken. Studien zu finden, die genau auf dieses Thema zugeschnitten sind, gestaltete sich als schwierig. Nur Jurgens (2006), Jurgens, Hoke, Byrnes & Riegel (2009) und Riegel et al. (2010) bezogen die Inhalte ihrer Studien auf das Kernthema der Symptomwahrnehmung. Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) gingen einen Schritt über die Symptomwahrnehmung alleine hinaus und zeigten auf, wie es zu einer Entscheidungsfindung bei auftretenden Symptomen kommt. Da aber das Situationsbewusstsein und die mentale Simulation auf die Symptomwahrnehmung und die Reaktion des Betroffenen miteinwirken, wurde diese Studie eingeschlossen. Die Studie „Cognitive function and self-care management in older patients with heart failure“ von Harkness, et al. (2014), bezieht sich vom Grundthema her nicht direkt auf die Forschungsfrage dieser Studie. Da jedoch die Symptomwahrnehmung einen wichtigen Punkt im Selbstpflegemanagement darstellt, wurden auch diese Studienergebnisse berücksichtigt. Die Forschungsfrage bezieht sich im Allgemeinen auf die Symptomwahrnehmung von Herzinsuffizienzpatienten. Um dieses große Thema zu konkretisieren, wurde der Begriff der „individuellen“ Gründe, für eine eingeschränkte Erkennung auftretender Symptome, gewählt. Dieser ist nicht wissenschaftlich belegbar, da es keinen exakten Oberbegriff für diese Faktoren gibt und somit sehr viele hinzugezählt werden können. Trotz ausgiebiger Literaturrecherche konnte keine genauere Bezeichnung der beschriebenen Faktoren gefunden werden.

Betrachtet man nun noch einmal die Studien im Einzelnen, fällt bei Riegel, Vaughan Dickson & Topaz (2013) auf, dass zwar die Analyse der Daten der Teilnehmer sehr ausführlich beschrieben ist, jedoch nicht, welche Ein- und Ausschlusskriterien dazu geführt haben, dass genau diese, von den 120 ursprünglichen, verwendet wurden. Auch waren acht der verwendeten Quellen älter als zehn Jahre, wodurch die Aktualität des Inhalts infrage gestellt werden könnte. Das

Problem der Aktualität der Quellen trat auch bei Riegel et al. (2010), Jurgens (2006) und Jurgens, Hoke, Byrnes & Riegel (2009) auf, sowie der fehlende Hinweis auf eine Prüfung des Vorgehens durch die Ethikkommission. Da alle drei Studien eng mit den Betroffenen und deren Problemen und Ängsten in Kontakt kamen, wäre ein kurzer schriftlicher Beleg wünschenswert gewesen. Da es sich aber um Zeitschriftenartikel handelt, ist ein Weglassen dieser Information nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar hingegen war die Rekrutierung der Teilnehmer bei Riegel et al. (2010). Hier sind zwar die Ein- und Ausschlusskriterien der verwendeten Stichprobe beschrieben, jedoch nicht wie die Probanden von der Studie erfahren haben.

Für die Studiensuche wurden bei dieser Arbeit die Datenbanken CINAHL und PubMed verwendet. Um eine noch größere Anzahl an verwendbaren Studien zu erhalten, könnte die Suche auf weitere Datenbanken ausgeweitet, sowie die Anzahl der verwendeten Suchbegriffe noch gesteigert werden.

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit ist gegeben, da jede der fünf Studien ebenso in Deutschland durchgeführt werden könnte. Ebenso sind die Daten relevant, da es keine gravierenden Unterschiede zwischen deutschen Herzinsuffizienzpatienten und australischen oder amerikanischen gibt. Möglicherweise gibt es Differenzen in den medizinischen Diagnostik- und Behandlungsmethoden, diese sind aber für diese Arbeit nicht relevant.

Da bei der Durchführung dieser Forschungsarbeit viele unterschiedliche Aspekte der Beeinträchtigung der Symptomwahrnehmung von älteren Patienten mit Herzinsuffizienz zutage getreten sind und die aktuellsten Studien in Bezug auf dieses Thema zusammengefasst wurden, wurde die Zielsetzung, der Abbildung des aktuellen Forschungsstandes, erreicht.

Aktueller Forschungsstand

Dorothea Orem beschrieb, wie bereits in der Einleitung erwähnt, sogenannte Selbstpflegetherfordernisse, die jeder Mensch für sich selbst erfüllen muss, um seine Gesundheit aufrechtzuerhalten (Dennis, 2001). Wenn man sich nun aber die vorliegenden Studienergebnisse ansieht, stellt man fest, dass diese von den meisten älteren Betroffenen nicht erfüllt werden. Viele der Probanden suchten sich erst sehr spät, oder gar keine Hilfe bei starker Symptomatik (Jurgens C. Y., 2006). Dass der Kenntnisstand bezüglich ihrer Krankheit bei vielen Patienten mangelhaft ist zeigen Jurgens, Hoke, Byrnes & Riegel (2009), sowie eine Annahme des eigenen körperlichen Zustands und damit einhergehend auch die Einsicht auf medizinische Hilfe angewiesen

zu sein, fehlt (Riegel, et al., 2010). Somit liegt hier ein, von Orem so bezeichnetes, Selbstpfle-
gedefizit vor. Der Bedarf an Selbstpflege ist also vorhanden, aber die Durchführung dieser ist
mangelhaft, wodurch die Selbstpflegekompetenz eingeschränkt ist.

Nun stellt sich nur noch die Frage, wie das Selbstpflegeverhalten und damit auch die Symp-
tomwahrnehmung von älteren Herzinsuffizienzpatienten verbessert werden kann?

Auf diese Frage gibt uns Orem eine Antwort: Es ist die Aufgabe der Pflege sich darum zu
kümmern, dass Patienten lernen ihre Gesundheit zu managen, mit dem Ziel ihr Leben und ihre
Gesundheit zu erhalten und deren Auswirkungen bewältigen zu können (Meleis, 1999). Um
dem Patienten nun individuell helfen zu können, soll die Pflegekraft, nach Orem, mit dem Pa-
tienten zusammen herausfinden, wo genau seine Defizite liegen und welche Maßnahmen nötig
sind, damit der Betroffene seine Selbständigkeit wiedererlangt. So entsteht eine Interaktion
zwischen Pflegekraft und Patient. Es können ebenfalls Angehörige oder Bezugspersonen mit-
eingebunden werden. Wichtig ist, dass der Patient auf dem vor ihm liegenden Weg begleitet
wird, dieser fürth von der vollständigen Übernahme, über die unterstützende Hilfe zur Bera-
tung, bis hin zur Wiedererlangung der Selbständigkeit (Pflegetechnik nach Orem, Jahr
unbekannt).

Die Umsetzung in der Praxis zeigt anschaulich ein Beispiel aus den Vereinigten Staaten von
Amerika. Dort gibt es ein sogenanntes „disease management program“. Das ist ein Pro-
gramm, in dem sich besonders geschulte Pflegekräfte darum kümmern, dass Patienten mit
Selbstpfledefiziten dabei begleitet und unterstützt werden diesen Mangel auszugleichen. Die
Unterstützung beginnt bereits während des Krankenhausaufenthaltes, indem die Krankheitsma-
nager Patienten mit Herzinsuffizienz aufsuchen und sich einen Überblick über deren Alltag und
Kenntnisstand bezüglich ihrer Krankheit schaffen. Daraufhin schließen sie vorhandene Wis-
senslücken oder erklären Umstrukturierungsmöglichkeiten des Tagesablaufes, um das Selbst-
pflegeverhalten zu verbessern. Nach der Entlassung unterstützt diese Pflegekraft den Patienten
noch telefonisch bei Fragen oder Terminen, bezüglich seiner Krankheit. Zusätzlich tätigt eine
Krankenschwester („visiting nurse“) noch Hausbesuche, um alle nötigen Daten, wie Vitalzei-
chen, Gewicht oder vorhandene Ödeme, zu erheben und diese an die Krankheitsmanager wei-
terzuschicken. Diese Kontrollen werden zwei Wochen lang nach Entlassung aus dem Kranken-
haus durchgeführt. Ergebnismessungen haben gezeigt, dass die Rehospitalisierungsrate durch
dieses Programm deutlich gesunken ist, sowie die Anzahl der Patienten, die eine Unterstützung

nach dem Krankenhausaufenthalt verweigern (De Felice, et al., 2010). Auch eine Literaturrecherche von Grossmann & Mahrer-Imhof (2008) zeigt, dass von Pflegekräften durchgeführte Schulungsmaßnahmen einen positiven Effekt auf das Selbstpflegeverhalten von Patienten mit Herzinsuffizienz haben. Der Artikel „Challenges and Strategies for Heart Failure Symptom Management in Older Adults“, aus der Zeitschrift „Journal of Gerontological Nursing“ (2010), erinnert daran, dass der Übergang zwischen Krankenhaus und häuslicher Umgebung eine sehr schwierige Zeit für Patienten darstellt, da sich viele Betroffene erstmal überfordert fühlen, mit ihrer Krankheit alleine umzugehen. In diesem Beitrag werden multidisziplinäre Managementprogramme für Herzinsuffizienzpatienten und von „advanced practice nurses“ geleitete Gesundheitsversorgungsteams empfohlen, um Rehospitalisierung zu vermeiden, die Ergebnisse zu verbessern und die Betreuungskosten zu verringern. Dieser Artikel beinhaltet auch Hilfen für ältere Herzinsuffizienzpatienten in Bezug auf ihr Selbstpflegerhalten. So sind für ältere Betroffene Informationsblätter mit größerer Schrift, Aufzählungen und Bildern sinnvoll. Auch die Medikamenteneinnahme kann durch wöchentliche Vorbefüllung der Medikamentenboxen oder die Verwendung von automatischen Dispensern mit sprachaktivierten Nachrichten vereinfacht werden. Durch das Führen eines Symptomtagebuches können Patienten leichter Veränderungen erkennen und darauf reagieren. Hierfür wird ein Hilfsplan vorgeschlagen, auf dem vermerkt ist wann und wie Hilfe angefordert werden soll, wenn die Symptome sich verschlechtern (Jurgens, Shurpin, & Gumersell, 2010).

Die gefundenen Maßnahmen beziehen sich immer auf das Gesamtkonstrukt Selbstpflegemanagement. Es gibt nur sehr wenige Studien, die versucht haben herauszufinden, wie die Symptomwahrnehmung an sich verbessert werden kann. White, Howie-Esquivel & Caldwell (2010), beispielsweise haben Probanden ein Tagebuch ausgehändigt, in das sie täglich ihr Gewicht eintragen sollten. Trotz täglicher Gewichtsdocumentation führte diese Maßnahme jedoch nicht dazu, dass sich die Teilnehmer an ihren Hausarzt oder andere Hilfsstellen gewandt haben, wenn Gewichtsdifferenzen auftraten. Dennoch ist dieses Tagebuch eine gute Möglichkeit für Patienten sich mehr mit ihrer Selbstpflege zu beschäftigen. Die Betroffenen müssen darin geschult werden, bei sich verschlechternden Symptomen, Hilfe aufzusuchen. Eine weitere Studie zeigt, dass durch Verbesserung des Krankheitskenntnisstands, Erhöhung der Motivation der Patienten und dem zur Verfügung stellen von sinnvollen Hilfsmitteln, die regelmäßige Medikamenteneinnahme und Symptombeobachtung verbessert werden kann. Genauso wichtig in diesem Zusammenhang ist unter anderem die Einbeziehung von Angehörigen und die aufeinander Abstimmung von Pflegemaßnahmen (Jaarsma, Nikolova-Simons, & van der Val, 2012).

Ausblick

Zukünftig werden noch mehr Forschungen benötigt, die sich explizit auf die Verbesserung der Symptomwahrnehmung von älteren Herzinsuffizienzpatienten beziehen. Ebenso finden die im Alter auftretenden visuellen, auditiven und kognitiven Einschränkungen noch zu wenig Beachtung. In den USA bereits bestehende Unterstützungs- und Hilfsprogramme, die von Pflegekräften durchgeführt werden, können hierbei als Vorlage dienen, um in Deutschland die Rate an Rehospitalisierung von dekompensierten Patienten zu verringern. Allgemein ist die Einbeziehung von speziell ausgebildetem Pflegepersonal in Deutschland noch nicht in diesem Maße implementiert, wie beispielsweise in den USA. Hierbei können Schulungsprogramme für Pflegekräfte oder spezielle Pflegestudiengänge genutzt werden, um diese Aufgaben zu gestalten. Auch eine bessere Einbeziehung von Angehörigen und der Nutzen, der Einschätzung des körperlichen Zustands durch Dritte, kann helfen eine Rehospitalisierung zu vermeiden.

Diese Literaturrecherche kann als Anhaltspunkt für bestehende Probleme, in Bezug auf Symptomwahrnehmung bei älteren Herzinsuffizienzpatienten, verwendet werden, damit in zukünftigen Forschungsarbeiten Lösungsansätze für diese Probleme entwickelt werden können.

Literaturverzeichnis

(kein Datum).

(BÄK), B., (KBV), K. B., & (AWMF), A. d. (2009). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz- Langfassung. doi:10.6101/AZQ/000166

Adamopoulos, S. e. (2012). *European Society of Cardiology*. (D. G.-H.-u. e.V., Hrsg.) Abgerufen am 10.. Januar 2015 von <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/acute-chronic-heart-failure.aspx>

Altice, N. F., & Madigan, E. A. (3. November 2012). Factors associated with delayed care-seeking in hospitalized patients with heart failure. *Heart and lung: the journal of critical care*, 41(3), S. 244-54.

Brandenburg, H., Panfil, E.-M., Mayer, H., Borger, M., de Jong, A., Prakke, H., . . . Weschler, P. (2007). *Pflegewissenschaft 2, Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Bundesärztekammer, K. B. (Hrsg.). (09. Mai 2011). *Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin*. Abgerufen am 12. Dezember 2014 von <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/herzinsuffizienz/herzinsuffizienz-vers1.0-pll.pdf>

Bundesministerium für Bildung und Forschung. (15. Januar 2015). Abgerufen am 16. Januar 2015 von <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/aeltere-menschen.php>

cib/dpa. (19. September 2013). *Spiegel Online*. Abgerufen am 12. Januar 2014 von Welt-Alzheimer-Bericht 2013: Zahl Demenzkranker soll sich verdreifachen: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/welt-alzheimer-bericht-2013-zahl-demenzkranker-soll-sich-verdreifachen-a-923369.html>

De Felice, P., Masucci, M., Mc Loughlin, J., Salvatore, S., Shane, M., & Wong, D. (2010). Congestive Heart Failure: Redefining Health Care and Nursing. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(9), S. 390-91.

Dennis, C. (2001). *Dorothea Orem, Selbstpflege- und Selbstpflegetheorie*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Deutscher Pflegeverband.* (Jahr unbekannt). Abgerufen am 12. Dezember 2014 von <http://www.dpv-online.de/pdf/agergeb/Orem.pdf>
- Falk, H., Ekman, I., Anderson, R., Fu, M., & Granger, B. (2013). Older Patients Experiences of Heart Failure- An Integrative Literature Review. *Journal of Nursing Scholarship, 45(3)*, S. 247-55.
- Grossmann, F., & Mahrer-Imhof, R. (2008). Schulung von Patienten mit Herzinsuffizienz- Effekte auf das Selbstpflegeverhalten. Eine Literaturrecherche. *Pflege, 21(2)*, S. 104-13.
- Grünewald, M., Kobbert, E., & Terodde, H. (2009). *Thiemes Pflege* (11. Ausg.). (S. S. Schewior-Popp, Hrsg.) Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Harkness, K., Heckman, G. A., Akhtar-Danesh, N., Demers, C., Gunn, E., & McKelvie, R. S. (2014). Cognitive function and self-care management in older patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 13(3)*, S. 277-84.
- Hoppe, U. B. (2005). *Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz.* (V. d.-H.-u. e.V., Hrsg.) doi:10.1007/s00392-005-0268-4
- Hoppe, U., Böhm, M., Drexler, H., Hasenfuß, G., Lemke, B., Osterspey, A., & Pauschinger, M. (2009). *Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.* (V. d. Kardiologie, Hrsg.) Abgerufen am 12. Dezember 2014 von <http://dgk.org/>
- Huppelsberg, J., & Walter, K. (2013). *Kurzlehrbuch Physiologie* (4. Ausg.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Jaarsma, T., Nikolova-Simons, M., & van der Val, M. (2012). Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: an in-depth look. *Heart & Lung, 41(6)*, S. 583-93.
- joe/dpa. (18. Dezember 2014). *Spiegel online.* Abgerufen am 2. Februar 2014 von <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/lebenserwartung-steigt-weltweit-um-sechs-jahre-a-1009041.html>
- Jurgens, C. Y. (2006). Somatic Awareness, Uncertainty, and Delay in Care-Seeking in Acute Heart Failure. *Research in Nursing and Health, 29(2)*, S. 74-86.

- Jurgens, C. Y., Hoke, L., Byrnes, J., & Riegel, B. (Juli-August 2009). Why Do Elders Delay Responding to Heart Failure Symptoms? *Nursing Research*, 58(4), S. 274-82.
- Jurgens, C., Shurpin, K., & Gumersell, K. (2010). Challenges and Strategies for Heart Failure Symptom Management in Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(11), S. 24-33.
- Keuchen, R., Materna, G., Riedel, S., Ulbrich, C., & Dr. Werner, K.-G. (2011). *Patientenleitlinien Herzschwäche*. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- Kolbe, N., Schnepf, W., & Zegelin, A. (2009). Leben mit chronischer Herzinsuffizienz - Eine qualitative Studie in Anlehnung an die Grounded Theorie. *Pflege*, 22(2), S. 95-103.
- Lam, C., & Smeltzer, S. C. (Juli-August 2013). Patterns of Symptom Recognition, Interpretation, and Response in Heart Failure Patients: an Integrative Review. *The Journal of cardiovascular Nursing*, 28(4), S. 348-59.
- Meleis, A. I. (1999). *Pflegetheorie- Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Nieuwenhuis, M. M., Jaarsma, T., van Veldhuisen, D. J., & van der Wal, M. H. (2011). Factors associated with patient delay in seeking care after worsening symptoms in heart failure patients. *Journal of cardiac failure*, 17(8), S. 657-63.
- Olympia*. (2015). Abgerufen am 25. Februar 2015 von <http://www.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.olympia-eu-worker.de%2Fdaten%2Fbilder%2Fdemografische-entwicklung-deutschland.png&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.olympia-eu-worker.de%2Fdemografischer-wandel.html&h=320&w=820&tbnid=fM0kZQAfzMeVcM%3A&zoom=1&d>
- Patienten-Information.de*. (September 2014). Abgerufen am 30. Dezember 2014 von Herzschwäche - Was für Sie wichtig ist: <http://www.patienten-information.de/mdb/downloads/kip/aezq-version-kip-herzschwaech.pdf>

- Riegel, B., Vaughan Dickson, V., & Topaz, M. (März-April 2013). Qualitative Analysis of Naturalistic Decision Making in Adults With Chronic Heart Failure. *Nursing Research*, 26(2), S. 91-8.
- Riegel, B., Vaughan Dickson, V., Cameron, J., Johnson, J. C., Bunker, S., Page, K., & Worrall-Carter, L. (2010). Symptom Recognition in Elders With Heart Failure. *Journal of nursing scholarship*, 42(1), S. 92-100.
- Robert Koch Institut. (2012). Abgerufen am 16. Januar 2015 von <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/M/Multimorbiditaet/Multimorbiditaet.html>
- Statistische Bundesamt, Z. B. (Hrsg.). (2012). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Abgerufen am 30. Dezember 2014 von <https://www.gbe-bund.de>
- Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2013). Self-Care in Health: We Can Define it, but Should We Also Measure It? *SelfCare*, 4(5), S. 101-6.
- White, M., Howie-Esquivel, J., & Caldwell, M. (2010). Improving heart failure symptom recognition: a diary analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(1), S. 7-12.
- Yu, D., Lee, D., Kwong, A., Thompson, D., & Woo, J. (März 2008). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), S. 474-83.

Hinweis zur Klärung:

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorenInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind dies unter Angaben der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet.

Nürnberg, den.....

Unterschrift der Verfasserin