



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern mit
chronischen Erkrankungen

verfasst von

Carina Brauneis

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreut von:

Dr. Maya Shaha

Danksagung

Einen besonderen Dank möchte ich an meine Betreuerin Dr. Maya Shaha richten für die gute Zusammenarbeit, ihre Unterstützung und konstruktiven Anregungen.

Weiters möchte ich mich ganz herzlich bei meinen Eltern sowie meinen Großmüttern für die jahrelange emotionale und finanzielle Unterstützung während meines Studiums bedanken.

Ebenso bedanke ich mich bei meiner Schwester, die mir immer zu Seite gestanden ist.

Einen weiteren Dank möchte ich an meine Freundinnen Ines Brandl, Diana Walder, Irene Morgenbesser und Julia Pseiner richten, die mich stets motiviert und unterstützt haben.

Zuletzt bedanke ich mich bei meinem Partner Peter Schlager, der immer ein offenes Ohr für mich hat und mich unterstützt.

Zusammenfassung:

Die steigende Lebenserwartung sowie der medizinische Fortschritt führen zu einem Anstieg der Anzahl chronisch Kranken Menschen. Vor allem ältere sind häufig von chronischen Krankheiten und Multimorbidität betroffen. Dies führt zu einem erhöhten Pflege und Betreuungsbedarf, der oftmals nicht zu Hause stattfinden kann. Der nahe liegende Schritt ist die Übersiedelung in eine Pflegeeinrichtung. Viele Personen befürchten mit dem Eintritt in ein Pflegeheim ihre Unabhängigkeit und Autonomie zu verlieren. Weiters sind verschiedene Einschränkungen im Pflegeheim aufgrund festgelegter Vorschriften mit negativen Gefühlen verbunden. Keine Privatsphäre zu haben und fremdbestimmt zu leben können zu großen Belastungen führen. Auch die Tatsache, dass bestimmte gewohnte Aktivitäten nicht mehr ausgeübt werden können, kann sich negativ auf die Lebensqualität auswirken.

Lebensqualität ist multidimensional und wird von verschiedenen Faktoren wie physische, psychische, spirituelle und sozialen Bereichen beeinflusst. Das Pflegeheim stellt nun den Ort für die Bewohnerinnen dar, in dem sich die Lebensqualität neu definiert. Beeinflusst wird diese einerseits, durch den Gesundheitszustand und der Pflege von körperlichen Bedürfnissen. Andererseits sind psychische, spirituelle und soziale Bedingungen große Einflussfaktoren der Lebensqualität. Die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen zu erfassen und Maßnahmen für die Erhaltung und Steigerung dieser zu entwickeln, stellt ein bedeutsames Ziel der Pflege dar.

Die vorliegende systematische Literaturarbeit hat zum Ziel die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen darzustellen und im Weiteren Maßnahmen und Interventionen zu beschreiben, welche diese verbessern können. Dazu wurden 33 Studien identifiziert und in einer Analyse bearbeitet. Es wurden vier Gruppen und eine Untergruppe gebildet und die jeweiligen Resultate beschrieben. Abschließend wurden Schlussfolgerungen und Empfehlungen gegeben.

Abstract:

Life expectancy and medical improvement lead to an increase in chronic disease. Especially older people suffer from multimorbidity and chronic illness. Therefore the need of care increases but often there is no possibility of homecare, which forces people to entry a nursing home. There is a widespread fear amongst patients of losing independence and autonomy. A lot of restrictions among the nursing home, caused by regulations, lead to negative emotions. No privacy and living life directed by others, is related to stress and burden. Furthermore daily activities, which can no longer be exerted, can decrease the quality of life.

Quality of life is multidimensional and affected by many domains like: physical, psychological, social and spiritual. The nursing home is now the place where quality of life gets redefined. Quality of life gets influenced by the state of health and the care of physical needs, but also psychological, social and spiritual factors have an impact of the quality of life. Measuring, maintaining or enhancing the quality of life of nursing home residents is an important goal of care.

The aim of this review is to display the quality of life of and to demonstrate methods to increase the quality of life among nursing home residents. For that 33 studies have been identified and analytically reviewed. The studies are divided into four thematic groups and one subgroup and their results are discussed. Finally conclusions are drawn and recommendations are given.

Inhaltsverzeichnis:

Zusammenfassung.....	4
Abstract.....	5

1 Einführung

1.1 Problembeschreibung	8
1.2 Forschungsfragen.....	9
1.3 Ziele der Arbeit	10
1.4 Aufbau der Arbeit	10

2 Literaturübersicht..... 11

2.1 Chronische Krankheiten.....	11
2.2 Chronische Krankheiten im Alter.....	12
2.3 Übersiedelung und Leben im Heim	13
2.3.1 Anpassen an die neue Umgebung	13
2.3.2 Leben im Heim	15
2.4 Lebensqualität.....	16
2.4.1 Lebensqualität und chronische Erkrankungen.....	17
2.4.2 Lebensqualität im Pflegeheim	20
2.5 Rolle der Pflege	21
2.5.1 Rolle der Pflege bei chronischen Krankheiten.....	22
2.5.2 Rolle der Pflege im Heim.....	24

3 Theoretischer Rahmen 26

3.1 Wahl des theoretischen Rahmens	26
3.2 Theoretischer Rahmen und Konzepte	26
3.2.1 Konzepte der Umwelt und der Stressoren.....	27
3.2.2 Konzepte der Abwehrlinien.....	28
3.3 Bezug zur Arbeit.....	29
3.4 Rolle der Pflege	29

4 Methodologie 31

4.1 Design	31
4.2 Datensammlung/Suchstrategien.....	31

4.3	Einschluss-/Ausschlusskriterien	34
4.4	Studienbeurteilung	35
4.5	Datenanalyse	35
4.5.1	Review Tabelle	36
4.6	Vorgehen	36
5	Resultate	37
5.1	Tabellarische Darstellung	37
5.2	Lebensqualität – subjektive Sichtweisen	40
5.3	Lebensqualität und chronische Erkrankungen/Symptome	45
5.4	Physische Interventionen	52
5.5	Andere Interventionen.....	59
5.6	Sichtweisen von Pflegepersonen.....	63
6	Diskussion	67
6.1	Diskussion der gefundenen Resultate.....	67
	Lebensqualität – subjektive Sichtweisen	67
	Lebensqualität und chronische Erkrankungen/Symptome.....	69
	Physische Interventionen.....	72
	Andere Interventionen	74
	Sichtweise Pflegepersonal.....	75
6.2	Beantwortung der Forschungsfrage.....	77
6.3	Evidenz der Studien	78
6.4	Limitationen der Arbeit	80
6.5	Zusammenfassung.....	80
7.	Empfehlungen und Schlussfolgerungen	81
7.1	Empfehlungen für die Praxis	81
7.2	Empfehlungen für die Forschung	81
7.3	Empfehlungen für die Ausbildung	82
7.4	Empfehlungen für das Management.....	82
7.5	Schlussfolgerung	83
	Abbildungen und Tabellenverzeichnis	85
	Literatur.....	86
	Appendix Tabellen	95
	Curriculum Vitae.....	124

Anmerkung:

Da in allen (bis auf eine) gefundenen und bearbeiteten Studien die überwiegende Anzahl an Personen weiblich war wurde durchwegs die weibliche Formulierung gewählt. Selbstverständlich ist aber das andere Geschlecht mit gemeint.

1. Einführung

1.1 Problembeschreibung

Weltweit sind chronische Erkrankungen die Hauptursache für Tod und Behinderung. Nicht übertragbare Krankheiten machen 63% aller 57 Millionen Todesfälle pro Jahr aus. Dabei sind die häufigsten Krankheiten: Kardiovaskuläre Krankheiten (48%), Krebs (21%), Atemwegserkrankungen (12) und Diabetes (3%). Die Prävalenz von chronischen Erkrankungen steigt laut WHO immer weiter an, sodass sie bis 2030 die Haupttodesursache weltweit sein werden (World Health Organisation [WHO], 2011). In Österreich leiden mehr als ein Drittel aller über 15 jährigen an einer chronischen Krankheit bzw. einem chronischen Gesundheitsproblem. Mit dem Alter nehmen diese Gesundheitsprobleme oder Krankheiten stetig zu. Während bei den 15-29 jährigen nur jeder sechste an einem chronischen Gesundheitsproblem leidet sind es bei den über 75 jährigen bereits zwei Drittel der Bevölkerung. Allergien, Wirbelsäulenbeschwerden, Bluthochdruck, Arthrose und Migräne weisen die höchste Prävalenz bei chronischen Erkrankungen auf (Statistik Austria, 2010). Aufgrund der Weiterentwicklung der Medizin und der Verwendung neuer technischer Methoden steigt die Heilungsrate bei verschiedenen Krankheiten an. Durch die steigende Lebenserwartung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eine chronische Krankheit zu entwickeln und pflegebedürftig zu werden (Weyerer, Ding-Greiner, Marwedel & Kaufeler, 2008).

In Österreich liegt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bei 560.000. In den nächsten 20 Jahren ist damit zu rechnen, dass die Anzahl an pflegebedürftigen auf 800.000 steigt. Pflegebedürftig bedeutet, wenn aufgrund von funktionellen Einschränkungen der Alltag nicht mehr selbst zu bewältigen ist (Weyerer et al., 2008). Doch bei steigender Pflegebedürftigkeit, vor allem bei psychischen Erkrankungen wie Depression oder Demenz wird die Belastungsgrenze bei vielen pflegenden Angehörigen überschritten. Der nahe liegende Schritt in ein Pflegeheim zu ziehen löst bei den meisten Skepsis und Angst aus. Insbesondere strenge Tagesabläufe, Verlust der Selbstständigkeit sowie unfreundliche Pflegepersonen werden befürchtet. Hier stellt sich die Frage wie die Bedürfnisse chronisch Kranker in einer Pflegeinstitution erfüllt werden können (Brandenburg & Huneke 2006).

Insgesamt erhöht sich die Zahl derer, die an einer Krankheit leiden, welche durch medizinischen Fortschritt nicht mehr unmittelbar tödlich ist, sondern durch einen chronischen Verlauf geprägt ist. Daher ist die Entwicklung von umfassenden Konzepten zur Betreuung und Versorgung von chronisch Kranken von größter Wichtigkeit. Zumal es auch nicht ausreichend erscheint epidemiologische und demographische Daten, welche über die Inzidenz und Prävalenz von chronischen Krankheiten Auskunft geben, zu sammeln. Auch Instrumente des Qualitätsmanagements oder „Evidence Based Nursing“ scheinen nicht ausreichend zu sein um sich mit der Thematik der chronischen Krankheiten auseinander zu setzen, da der Fokus eher auf einen standardisierten Output ausgerichtet ist.

Es bedarf vielmehr eines Konzeptes, welches die verschiedenen komplexen Dimensionen von chronischer Krankheit berücksichtigt und dabei die Lebensqualität ins Zentrum rückt (Morof Lubkin, 2002).

Die Lebensqualität wird von vielen Faktoren beeinflusst. Neben dem Gesundheitszustand spielen auch Faktoren wie soziale Beziehungen und die Umgebung eine große Rolle. Da das Pflegeheim für die Bewohnerinnen die Lebenswelt ist und die soziale Interaktion in diesem stattfindet, ist die Erfassung und Beurteilung der Lebensqualität von Bewohnerinnen von größter Wichtigkeit (Gabriel & Bowling, 2004). Pflegeheimbewohnerinnen haben mit vielen Verlusten zu kämpfen. Einerseits Einschränkungen aufgrund einer geringeren körperlichen Leistungsfähigkeit, andererseits strukturelle Einschränkungen im Pflegeheim. Auch der Verlust des eigenen Heims und Langeweile aufgrund von fehlenden Aktivitäten wirken sich negativ auf die Lebensqualität aus. Pflegepersonen nehmen hier eine wichtige Rolle ein um die Lebensqualität der Patientinnen zu verbessern.

Da die Anzahl an chronisch Kranken und damit auch der Pflegebedarf immer weiter ansteigen, ist diese Studie sowohl für die Praxis als auch für die Forschung von Interesse. Einen direkten Zusammenhang zu Ausbildung oder Management gibt es nur, wenn aufbauend auf dieser Arbeit in der Thematik weitere Forschungsprojekte umgesetzt werden und neue Erkenntnisse gewonnen werden.

1.2 Forschungsfragen:

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

1. Wie gestaltet sich die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen mit chronischen Erkrankungen?
2. Welche Maßnahmen/Interventionen gibt es um die Lebensqualität bei chronisch Kranken im Pflegeheim zu verbessern

1.3 Ziele und Absichten der Studie:

Die Absichten dieser Arbeit sind: Wissen zum Thema der Lebensqualität bei chronisch Kranken im Pflegeheim zu generieren und die relevante Literatur systematisch zusammenzutragen, sowie eventuelle Forschungslücken aufzuzeigen und im Weiteren eine Empfehlung für nachfolgende Arbeiten in diesem thematischen Umfeld zu geben.

Ziel dieser Arbeit ist es einen umfassenden Überblick über Aspekte betreffend der Lebensqualität bei chronisch Kranken im Pflegeheim zu geben und einen Beitrag zum Verständnis dieser Thematik zu leisten.

1.4 Aufbau der Arbeit

Im folgenden Kapitel wird eine Übersicht über chronische Krankheiten sowie Krankheiten im Alter gegeben. Weiters wird das Thema Leben im Pflegeheim und der Begriff Lebensqualität erörtert. Im dritten Kapitel wird der theoretische Rahmen und der Bezug zu vorliegenden Arbeit beschrieben. Das Kapitel vier behandelt die Methode der Datensammlung, Suchgeschichte sowie die Datenanalyse. Im Weiteren werden die gefundenen Resultate in Gruppen dargestellt und diskutiert. Im letzten Kapitel werden Schlussfolgerungen und Empfehlungen hinsichtlich der gefundenen Ergebnisse präsentiert.

2. Literaturübersicht:

2.1. Chronische Krankheiten

Weltweit sind chronische Krankheiten die Hauptursache für Tod und Behinderung. Von 57 Millionen Todesfällen pro Jahr werden 59% durch nicht übertragbare Krankheiten verursacht. Durch medizinisch und technische Fortschritte sowie dem verstärkten Fokus auf die Gesundheitsförderung wandelt sich das Krankheitsgeschehen in allen industrialisierten Gesellschaften und chronische Krankheiten rücken vermehrt in den Vordergrund. Chronische Krankheiten beeinflussen individuelle, gesundheitsökonomische und sozialpolitische Aspekte. Die WHO geht davon aus, dass in der WHO-Region Europa nicht übertragbare Krankheiten 77% der Krankheitslast ausmachen und 86% der Todesfälle verursachen. Schätzungen der WHO zufolge steigen die Prävalenz und Inzidenz chronischer Krankheiten nicht nur in Industrieländern, sondern auch in Schwellenländern und in Ländern der Dritten Welt (Maaz, Winter & Kuhlmeier, 2006).

Chronische Krankheiten weisen drei wesentliche Merkmale auf:

1. Kontinuierliches oder periodisches Auftreten von Symptomen
2. Hoher und lang anhaltender Betreuungsbedarf
3. Im Verlauf der Krankheit kommt es in fast allen Lebensbereichen der chronisch Kranken zu großen Veränderungen (Maaz et al., 2006).

Das Auftreten von Krankheitssymptomen ist durch irreversible und potentiell krankmachende Prozesse bedingt. Weiters kommt es bei einer chronischen Krankheit zu einem erhöhten und umfassenderen Betreuungsbedarf. Im Laufe der Krankheit kommt es zu Veränderungen in der Lebensführung (Maaz et al., 2006) und häufig zu einer neuen Definition der eigenen Identität, über die erlebte Erkrankung (Curtin & Lubkin, 2002).

Es gibt eine Vielzahl an Definitionen von chronischer Krankheit.

Die WHO definiert chronische Krankheiten als solche, die eine Versorgung über Jahre oder Jahrzehnte erfordern und (1) nicht ansteckende Krankheiten wie Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen, (2) anhaltende chronische Krankheiten wie Diabetes und HIV/AIDS, (3) langfristige geistige Erkrankungen wie Schizophrenie

und manisch depressive Erkrankungen und (4) anhaltende Beeinträchtigungen wie Amputation, Lähmung und Blindheit beinhalten (Cumbie, Conley & Burman, 2004). Weiters beschreibt die WHO: "Chronic diseases are diseases of long duration and generally slow progression" WHO, 2011).

Irene Morof Lubkin (2002) beschreibt in ihrem Buch "Unter Chronischer Krankheit versteht man das irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderungen das gesamte Umfeld der Person gefordert ist" (Morof Lubkin 2002 S.26).

Durch Veränderungen der Lebensbedingungen, sowie den Fortschritt der Medizin kommt es auch zu einer Veränderung der Anzahl von chronischen Erkrankungen. Daher werden chronischen Krankheiten eine größere Bedeutung, aus individueller und auch gesundheitspolitischer Sicht zugeschrieben Curtin & Lubkin, 2002; Maaz et al., 2006).

2.2 Chronische Krankheiten im Alter

Mit dem demografischen Wandel und einer erhöhten Lebenserwartung steigt die Morbidität von chronischen Krankheiten vor allem im Alter an. Einerseits entwickeln sich chronische Krankheiten im Alter unabhängig von einander, andererseits gibt es eine Wechselwirkung der unterschiedlichen Erkrankungen. Dadurch entsteht, die für das Alter charakteristische Multimorbidität. Das Phänomen Multimorbidität ist durch ein Auftreten von mindesten fünf Erkrankungen geprägt und stellt damit hohe Ansprüche an eine adäquate medizinische Versorgung. (Backer & Clemens, 2008).

Krankheiten im Alter werden in folgende drei Gruppen aufgeteilt: „alternde Krankheiten“, „primäre Alterskrankheiten“ sowie „Krankheiten im Alter“. „Alternde Krankheiten“ sind durch ein frühes Auftreten und Begleiten als chronische Krankheit durch das Leben charakterisiert. Im Unterschied dazu, manifestieren sich „primäre Alterskrankheiten“ in einem späteren Lebensabschnitt. „Krankheiten im Alter“ können in allen Lebensabschnitten auftreten, gehen aber im Alter mit vermehrten Komplikationen einher. Alle drei Gruppen können bei älteren Menschen gleichzeitig und unabhängig voneinander vorkommen. (Backer & Clemens, 2008)

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Multimorbidität an und stellt damit eine große Herausforderung für die Medizin und die Pflege dar. Vor allem die Mutimedikation gestaltet sich mitunter schwierig, da die Anzahl an Nebenwirkungen sowie Medikationsfehler steigen. Mit multimorbiden Erkrankungen erhöht sich ebenfalls die Pflegebedürftigkeit bei älteren Personen. (Scheidt-Nave, Richter, Fuchs & Kuhlmeier, 2010).

Scheidt-Nave et al. (2010) stellen in ihrem Bericht ein Rahmenkonzept zur Multimorbidität im höheren Lebensalter vor. Dabei werden Körperfunktionen, die für die Aufrechterhaltung von einer selbst bestimmten Lebensführung maßgebend sind berücksichtigt. Einschränkungen der Körperfunktionen werden unmittelbar mit einer Reduzierung von Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, Lebenserwartung und der Lebensqualität in Verbindung gesetzt. Weiters werden subjektive Bereiche und die Multimorbidität von vielen Faktoren beeinflusst. Diese Faktoren bestehen aus personalen und extrapersonalen Ressourcen, sowie soziodemografischen, biografischen und kulturellen Rahmenbedingungen. Unter personalen Ressourcen werden Kompetenzen, Überzeugungen, relevantes Wissen und proaktives Handeln verstanden. Extrapersonale Ressourcen werden durch die Gestaltung der Wohnung beziehungsweise des Wohnumfeldes, die Art und Qualität von sozialen Netzwerken und die medizinische Versorgung gebildet. Die zuvor genannten subjektiven Bereiche bestehen aus: Behinderungen im Alltag, Einschränkung der sozialen Teilhabe, wahrgenommene autonome Lebensführung, Lebensqualität, Inanspruchnahme von Diensten des Gesundheitssystems und Mortalität (Scheidt-Nave et al., 2010).

2.3 Übersiedelung und Leben im Pflegeheim

Obwohl in Österreich dreiviertel aller Hochbetagter zu Hause lebt, steigt die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts ab 80 Jahren an. Das Durchschnittsalter in Österreich zum Zeitpunkt des Heimeintritts liegt ungefähr bei 82 Jahren (Rischaneck, 2008).

2.3.1 Übersiedelung und Anpassen an die neue Umgebung

Ältere Menschen haben eine intensivere Beziehung zur eigenen Wohnung. Die Statistik zeigt deutlich, dass mit zunehmendem Alter die Häufigkeit eines Wohnungswechsels abnimmt. Trotzdem kann ein Umzug in eine Pflegeinstitution

durch körperliche Einbußen oder durch fehlende Unterstützung notwendig sein. Nach epidemiologischen Daten ist vor allem das Geschlecht, der Familienstand und natürlich das Alter ausschlaggebend wer in ein Heim übersiedelt. Eine Person welche verwitwet, geschieden oder ledig ist und ein hohes Alter aufweist, übersiedelt mit höherer Wahrscheinlichkeit in ein Heim. Die Wahrscheinlichkeit erhöht sich ebenfalls, wenn die Person weiblich ist. Der gesundheitliche Aspekt ist auch ein weiterer Faktor für den Umzug in ein Heim. Zwar werden viele ältere und pflegebedürftige Menschen von ambulanten Diensten versorgt, doch durch erhöhten Pflegebedarf oder mangelnder Unterstützung von Angehörigen ist der Umzug in eine Pflegeeinrichtung notwendig (Brandenburg & Huneke, 2006). Lindrooth, Hoerger und Northon (2000) beschrieben, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit auch mit dem Grad an kognitiven Einschränkungen steigt. So liegt die Eintrittswahrscheinlichkeit in den nächsten 5 Jahren, bei einer Person von 75 Jahren mit gutem Gesundheitszustand bei 6%. Die generelle Wahrscheinlichkeit für 75 jährige Personen liegt bei 12% und steigt mit dem Auftreten einer Krankheit auf 17% und mit kognitiven Einschränkungen auf 44% an (Lindrooth et al., 2000). Auch die umweltbezogenen Faktoren beeinflussen die Wahrscheinlichkeit für den Umzug in ein Heim. Wenn eine Unterstützungsperson fehlt kann es auch dann zum Umzug kommen, wenn die Person einen guten gesundheitlichen Zustand hat aber sich nur eingeschränkt selbst versorgen kann. Umgekehrt kann auch bei erhöhter Pflegebedürftigkeit die Versorgung zu Hause ermöglicht werden, wenn Unterstützungspersonen vorhanden sind. Der Übergang in ein Heim ist mit einer Anpassung an eine neue Lebens - bzw. Wohnsituation verbunden (Brandenburg & Huneke, 2006).

Für viele Menschen ist der Gedanke in ein Heim zu ziehen abschreckend. Die Angst persönliche Bedürfnisse aufzugeben und institutionalisiert zu werden verbindet die Perspektive „Leben im Heim“ mit negativen Gefühlen. Personen müssen sich mit der neuen Wohnsituation, die Einordnung in das Gemeinschaftsleben und die Anpassung an den Tagesablauf auseinandersetzen. Weiters findet das Leben im Heim meistens in einer großen Gemeinschaft statt, an welche sich die Bewohnerinnen erst gewöhnen müssen. Diese Anpassung erfordert hohe soziale Kompetenzen, da die Anpassungsleistung von dem Gesundheitszustand und der jeweiligen individuellen Lebensgeschichte geprägt wird (Röttger-Liepmann, 2007). Laut Lee (2010) gibt es unterschiedliche Faktoren,

welche auf die Anpassung an das Heimleben einwirken. Diese sind: das Selbstvertrauen, der subjektive Gesundheitszustand, Meinungen und Vorurteile über Pflegeheime, die emotionale Unterstützung vom Pflegepersonal und anderen Bewohnerinnen, die allgemeine Zufriedenheit mit der Umgebung und Zufriedenheit in Bezug auf die Familie. Je größer das Selbstvertrauen einer Person ist, desto leichter gelingt die Anpassung an die neue Umgebung. Ein subjektiv besserer Gesundheitszustand führt zu weniger Einschränkungen und einer erhöhten Teilnahme an Aktivitäten und sozialer Interaktion im Pflegeheim. Weiters haben positivere Sichtweisen auf Pflegeheime und die emotionale Unterstützung von Bewohnerinnen und Pflegepersonen eine bessere Anpassung zur Folge. Zu letzt wird eine bessere Anpassung durch eine höhere Zufriedenheit mit der Pflegeeinrichtung und der Familie erzielt (Lee, 2010).

2.3.2 Leben im Heim

Das Leben im Pflegeheim wird von der neuen Wohnform der jeweiligen Institution geprägt. Statt der bisher gewohnten Umgebung müssen sich Bewohnerinnen nun in kleinern Wohnbereichen aufhalten, wobei es oft keine Möglichkeit für Rückzug und Privatsphäre gibt. Das Fehlen eines Einzelzimmers und damit der gezwungene Kontakt zu anderen fremden Personen, können zu einer großen Belastung führen. Aggressionen und Ängste können durch das Verhalten, die Erkrankungen sowie die Umgangsformen der Mitbewohnerinnen ausgelöst werden. Allerdings besteht auch die Möglichkeit positive neue Beziehungen und Kontakte aufzubauen. Das Leben und die tägliche Auseinandersetzung mit anderen Bewohnerinnen können einerseits zu neu gewonnenen sozialen Beziehungen und vermehrte soziale Interaktion führen. Andererseits erschweren unterschiedliche Lebensgewohnheiten, sowie Interessen den Aufbau von befriedigenden sozialen Kontakten (Backes & Clemens, 2008; Lensing, 1999). Bewohnerinnen sind im Pflegeheim mit einem streng strukturierten Tagesablauf konfrontiert, welche nicht mit den zuvor gelebten Gewohnheiten vereinbar sind. Der Alltag im Heim wird durch räumliche, zeitliche und personelle Vorgaben reglementiert. Bewohnerinnen müssen sich an diese Vorgaben, unabhängig von individuellen Vorlieben, gewöhnen. Die Einhaltung von bestimmten Vorschriften wie zum Beispiel festgelegte Aufsteh- und Zubettgehzeiten können zu einem

reduzierten Gefühl der Autonomie führen (Backes & Clemens, 2008; Lensing 1999).

Kane und Kane (2001) berichten, dass kleinere Einzelräume für Pflegeheimbewohnerinnen wichtiger sind, als größere Räume, die mit anderen geteilt werden. Weiters ist die Ausgewogenheit von Sicherheit versus Kontrolle, sowie die Wahrung der Individualität von Bedeutung (Kane & Kane, 2001).

Gerontologische Konzepte gehen davon aus, dass für die Lebenszufriedenheit und ein erfolgreiches Altern die Kontinuität der Lebenssituation, Mitsprache und die Teilhabe bei Entscheidungen bedeutend sind. Die daraus folgende Konsequenz wäre neuen Bewohnerinnen die Möglichkeit zu geben aktiv an der Gestaltung des Heimeinzugs teilzunehmen. (Brandenburg & Huneke 2006)

2.4 Lebensqualität

Zum Begriff der Lebensqualität finden sich eine große Anzahl an Erklärungen und Definitionen.

In Pschyrembel Pflege wird Lebensqualität als „...Maßstab, nach dem die Lebenssituation eines Menschen als befriedigend oder als unzureichend beurteilt wird...“ beschrieben. (Wied & Warmbrunn, 2007 S.481)

Die WHO definiert Lebensqualität als „an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns“ (WHO, 1997).

Die Lebensqualität wurde anfänglich in sechs Bereiche eingeteilt: physische Gesundheit, psychischer Zustand, Grad der Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt, und spirituelle Überzeugungen (WHO, 1997). Es zeigte sich jedoch, dass vier Bereiche die Lebensqualität von sowohl gesunden, als auch kranken Personen möglicherweise besser erfassen. Es handelt sich dabei um folgende Gebiete: 1. Physisch, 2. Psychisch, 3. Sozial und 4. Umwelt. Der physische Bereich besteht aus: Schmerz, Unwohlsein, Energie, Erschöpfung, Schlaf und Erholung. Der psychische Bereich umfasst: positive Wirkungen, Kognition, Gedächtnis und Konzentration, Selbstbild und negative Wirkung. Das soziale Gebiet beinhaltet: persönliche Beziehungen, soziale Unterstützung und sexuelle Aktivität. Der umweltbezogene Bereich besteht aus: Sicherheit, finanzielle Ressourcen, Verfügbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung, Zugang zu

neuen Informationen und Fähigkeiten, Freizeit und Mobilität (Rooij, Luijkx, Declercq & Schols, 2011).

Der Begriff Lebensqualität wird in vielen unterschiedlichen Disziplinen verwendet, wie zum Beispiel: Medizin, Pflegewissenschaft, Soziologie, Psychologie und Ökonomie. Daher ist eine einheitliche Definition kaum möglich. Die Auseinandersetzung mit dem Begriff Lebensqualität erfolgt häufig nach zwei Konzepten. Einerseits nach objektiven und andererseits nach subjektiven Messgrößen (Seidl & Walter, 2012; Costanza, Fisher, Ali, Beer, Bond, Boumans, Danigelis, Dickinson, Elliott, Farley, Gayer, MacDonald Glenn, Hudspeth, Mahoney, McCahill, McIntosh, Reed, Rizvi, Rizzo, Simpatico & Snapp, 2007).

Objektive Messgrößen beinhalten beispielsweise den Bildungsgrad, die Lebenserwartung und andere Daten, die ohne eine subjektive Evaluation erhoben werden können. Subjektive Messgrößen hingegen, haben zum Ziel die individuelle Wahrnehmung der Lebensqualität zu erfassen. Eine Kombination aus beiden Ansätzen scheint für die Darstellung der Lebensqualität am sinnvollsten. Costanza et al. (2007) geben eine einheitliche Definition an: „Quality of life is the extent to which objective human needs are fulfilled in relation to personal or group perceptions of subjective well-being“ (Costanza et al., 2007 S.269).

Obwohl es hinsichtlich der Definition von Lebensqualität unterschiedliche Auffassungen gibt, herrscht dennoch Einigkeit darüber, dass Lebensqualität ein multidimensionales Konstrukt ist, welches aus positiven und negativen Aspekten des Lebens besteht (King, 2001).

2.4.1 Lebensqualität und chronische Erkrankungen

Der Einfluss den Gesundheit und Krankheit auf die Lebensqualität haben, ist von Bedeutung für das Pflegepersonal und andere Akteure des Gesundheitswesens. Daher wird von manchen Autorinnen auch von gesundheitsbezogener Lebensqualität gesprochen (Taylor, Jones & Burns, 2002). Die WHO weitete den Begriff 1996 auf die „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ aus, um Aspekte von Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen (Wied & Warmbrunn).

King (2001) gibt eine Übersicht über Dimensionen der Lebensqualität, welche in der Forschung weit verbreitet sind. Dabei sind vier bis fünf Dimensionen auszumachen:

1. die körperliche Dimension
2. die seelische Dimension
3. die soziale Dimension
4. Symptome, bezogen auf Krankheit und Behandlung
5. die spirituelle Dimension

Die körperliche Dimension bezieht sich auf Energie, Kraft, Selbstversorgung und auf die Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens. In der seelischen Dimension spielen vor allem Angst, Depression und Furcht eine Rolle. Die individuelle Beziehung zur Familie, Freunden oder der Gemeinde bestimmt die soziale Dimension. Die vierte Dimension wird durch krankheitsbedingte Symptome und Symptome der Behandlung gebildet. Behandlungssymptome können beispielsweise Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen sein. Die spirituelle Dimension wird durch den Glauben gebildet, dass das eigene Leben eine Bedeutung und Grund hat (King, 2001). Im Hintergrund dieser Dimensionen können Probleme der Lebensqualität von Menschen mit chronischen Erkrankungen behandelt werden.

Die Lebensqualität wird bei chronisch Kranken, von der Fähigkeit Alltagsaktivitäten nachgehen zu können bedingt. Die Aufrechterhaltung der alltäglichen Aktivitäten schützt vor einem Absinken des Selbstwertgefühls und der Autonomie. Besonders bei älteren Menschen ist die Autonomie und der Funktionsstatus eng an die Lebensqualität gekoppelt (Taylor et al., 2002). Auch die Nebenwirkungen einer Behandlung können sich negativ auf körperliche Aspekte auswirken. Mit einer chronischen Krankheit gehen eine Vielzahl von Symptomen einher. Dabei ist die Reaktion des Betroffenen auf das Symptom abhängig von der Relevanz, die dem Symptom beigemessen wird. Symptome die unvermeidbar sind, werden passiv hingenommen. Im Unterschied dazu werden Symptome aktiv bekämpft, die als Feind oder Herausforderung wahrgenommen werden. Die Anpassung und Bewältigung einer chronischen Erkrankung ist Gegenstand der psychischen Dimension der Lebensqualität. Oft begeben sich Betroffene auf Sinnsuche und beschäftigen sich mit Fragen wie „Warum ist es mir passiert?“. Im Verlauf einer chronischen Krankheit kommt es zu einer erhöhten Belastung der sozialen Beziehungen. Umgekehrt kann der soziale Aspekt der Lebensqualität durch soziale Unterstützung gestärkt werden. Durch die erfahrene Unterstützung verbesserten sich die Stressbewältigung, das Selbstwertgefühl, die

Stimmungslage sowie die Motivation für Verhaltensweisen, welche die Anpassung unterstützen. Auch die Lebensqualität der Familie wird von der Erkrankung beeinflusst und innerhalb der Familie kann es zu einer Verschiebung der Rollen kommen. Weiters hat das spirituelle Wohlbefinden einen Einfluss auf die Lebensqualität. Dabei teilen beispielsweise Krebskranke ihre spirituellen Bedürfnisse in folgende Kategorien ein: Bedürfnis nach Hoffnung und Kreativität, Bedürfnis nach Sinn und Zweck, Bedürfnis anderen Zuwendung zu geben und Bedürfnis selbst Zuwendung zu erhalten (Taylor et al., 2002).

In der Studie von Ferrell, Hassey und Grant (1995) wird ein Modell beschrieben, welches sich mit der Lebensqualität bei Überlebenden einer Krebserkrankung beschäftigt. Auch bei diesem Konzept, finden die erwähnten Dimensionen eine Anwendung

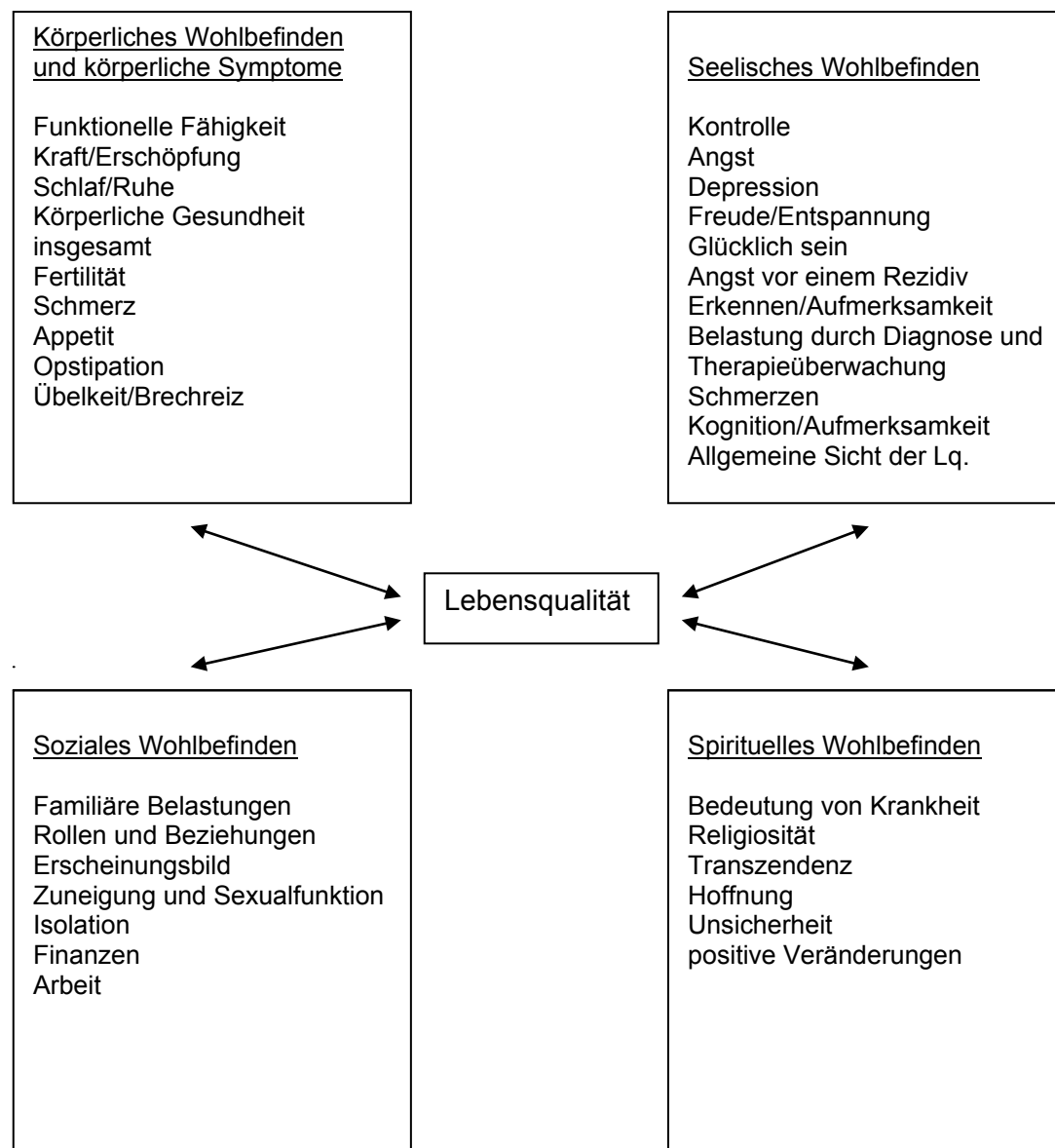


Abbildung 1: Quality of Life in cancer survivors (Ferrell, Hassey & Grant, 1995)

Spätfolgen einer Krebserkrankung wie Schmerz, Erschöpfung, Minderung der physischen Funktionen und Themen der Sexualität und Intimität sowie kognitive Einschränkungen beeinflussen tägliche physische Funktionen und das körperliche Wohlbefinden. Das psychische Wohlbefinden wird beispielsweise von der Angst vor einem Rezidiv, Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft, Einsamkeit, Isolation, Angst und Depression beeinflusst. Häufig kommt es zu einer Veränderung der Familienstruktur der Erkrankten und Betroffene möchten ihre Familien nicht belasten. Dies kann zu einem verstärkten Gefühl der Isolation und Einsamkeit führen. Arbeitsbezogene Ängste bestehen aus: der Bekanntgabe der Krankheit und damit mögliche Diskriminierung und Stigmatisierung, sowie Änderungen im Arbeitsbereich und der Finanzen. Spirituelle Ängste treten häufig nach einer Behandlung auf und sind gekennzeichnet von Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft (Ferrell et al., 1995).

2.4.2 Lebensqualität im Pflegeheim

Da sich mit steigendem Alter die Anzahl von Erkrankungen erhöht, sind besonders alte Menschen häufig von einer verschlechterten Lebensqualität betroffen. Es ist allerdings anzumerken, dass nicht das Alter per se, sondern die Anzahl der Diagnosen beziehungsweise Multimorbidität einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität haben. Dabei gibt es Unterschiede hinsichtlich des Einflusswerts der Diagnosen. Die meisten Studien belegen, dass besonders Krankheiten des Herzkreislaufsystems wie zum Beispiel Herzinsuffizienz die Lebensqualität beeinträchtigen. Weitere Krankheiten beziehungsweise Diagnosen mit gesteigertem Einflusswert sind: Schlaganfälle, Asthma, Atemwegserkrankungen sowie psychische Erkrankungen. Die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität unterscheidet sich häufig vom objektiven Gesundheitszustand. Daraus lässt sich schließen, dass die Lebensqualität stärker an den Grad der körperlichen Einschränkungen und weniger an das Mortalitätsrisiko oder medizinisch relevanten Krankheitsbild gebunden ist (Hodeck, Ruhe & Greiner, 2009).

Laut Gabriel und Bowling (2004) sind die wichtigsten Bereiche bezogen auf die Lebensqualität bei älteren: soziale Beziehungen, Hilfe und Unterstützung, in einer freudvollen Umgebung leben, Aktivitäten ausführen können, Sicherheit sowie die

Rolle in der Gesellschaft (Gabriel & Bowling, 2004). Walker (2005) beschreibt ähnliche empirische Assoziationen hinsichtlich der Lebensqualität: guter Gesundheitszustand, Funktionsfähigkeit, Gefühl von Nutzen zu sein, soziale Teilnahme, familiäre Beziehungen und Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung. Bei institutionalisierten Personen werden die Prioritäten erweitert auf: die Kontrolle über das Leben, die Tagesstruktur, das Selbstgefühl, Aktivitäten, und die Beziehungen zu Pflegenden und anderen Mitbewohnerinnen (Walker, 2005).

Oft wird im Zusammenhang mit der Lebensqualität auch die Pflegequalität genannt. Diese Begriffe sind schwer voneinander zu trennen, da eine hohe Pflegequalität die Lebensqualität stärken kann. Allerdings kann auch bei einer niedrigen Pflegequalität die Lebensqualität hoch sein, da die Bewohnerinnen trotz niedriger Standards eine hohe Zufriedenheit erfahren. Umgekehrt ist eine hohe Pflegequalität keine Garantie für eine hohe Lebensqualität. Die Auffassung von Pflegepersonen hinsichtlich der Pflegequalität leistet möglicherweise keinen Beitrag für die subjektive Lebensqualität der Pflegeheimbewohnerinnen (Reed, 2007.)

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Entwicklung von Konzepten der Lebensqualität bereits einen hohen Level erreicht hat. Allerdings gibt es bislang noch keine Adaptierung der Konzepte in das Setting „Pflegeheim“. Da sich Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Komponenten der Lebensqualität von anderen sozialen Situationen unterscheiden, ist eine gesonderte Untersuchung der Thematik notwendig. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es einen Konsens gibt hinsichtlich der Multidimensionalität der Lebensqualität. Weiters ändert sich die Lebensqualität mit der Zeit und variiert je nach physischen und psychischen Zustand (Lang, Löger & Amann, 2007).

2.5 Rolle der Pflege

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen wächst, wobei sich die ökonomischen Rahmenbedingungen für die Pflege drastisch ändern. Vor diesem Hintergrund wird die Pflege herausgefordert ihre Kompetenzen neu zu bestimmen.

Die Pflege alter Menschen unterscheidet sich in einigen Bereichen von der allgemeinen Pflege. Im Fokus steht der alte Mensch, wobei Altern nicht mit Krankheit gleichgesetzt wird. Allerdings geht mit dem Altern eine Anzahl von Gefährdungen einher. Nicht nur physische und psychische Verschlechterungen

sondern auch die soziale Isolation zählt hier dazu. Weiters muss die Patientin anders verstanden werden als in der allgemeinen Pflege. Die Patientin ist nicht nur eine Person oder Teil des Familiensystems, sondern muss auch als Person ihrer Umwelt (Vertrauensperson, Wohnsituation etc.) wahrgenommen werden. Weiters gestalten sich die pflegerischen Maßnahmen komplexer als in anderen Altersgruppen und benötigen eine hohe persönliche Involvierung seitens der Pflegenden (Brandenburg & Huneke, 2006).

2.5.1 Rolle der Pflege bei chronischen Krankheiten

Chronisch Kranke nehmen einen großen Bereich im Gesundheitswesen ein und wurden in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus gestellt. Die Aufmerksamkeit richtet sich nicht nur auf die Versorgung, sondern auch auf den Umgang und die Betrachtungsweisen von chronischer Krankheit. Vom Standpunkt der Pflegewissenschaft und der Pflegepraxis hat die Gesundheitsversorgung die Aufgabe chronisch Kranke dabei zu unterstützen, ein so wertvoll wie mögliches Leben zu führen (Grypdonck, 2005). Es gibt zwei unterschiedliche Betrachtungsweisen von chronischer Krankheit. Die erste nimmt Gesundheit als Möglichkeit zum Funktionieren wahr und die Genesung wird als Wiederherstellung der Funktionen gesehen. Die Lebensqualität wird aufgefasst als subjektive Meinung über den Umfang, in dem man an Aktivitäten ungehindert teilnehmen kann. Die Selbstbefürwortungstheorie von Orem ist ein Beispiel für diesen Denkansatz. Dabei steht die Unterstützung der Bewältigung des täglichen Lebens im Vordergrund. Die Aufgabe der Pflegeperson ist es, den Kranken dabei zu unterstützen die Anforderungen des Lebens zu meistern. Die Fähigkeiten der kranken Person und die Förderung derer, sollten im Fokus liegen. Der chronisch Kranke wird als Person verstanden, der bedingt durch die Krankheit eine Anzahl an Aufgaben des täglichen Lebens nicht mehr bewältigen kann. Pflegende sollten ihre Patienten dabei unterstützen die Aufgaben selbst zu erfüllen und, wenn dies nicht möglich ist übernehmen (Grypdonck, 2005).

Die andere Betrachtungsweise von chronischer Krankheit wird meistens die „am Erlebten orientierte Perspektive“ genannt. Dabei stehen die Erfahrung und die Bedeutung, die der Mensch seiner Krankheit verleiht im Mittelpunkt. Chronisch Kranke erfahren eine veränderte Lebensperspektive, da sich die Normalität des Lebens ändert und eine Vielzahl von Einschränkungen mit einer Krankheit ein

hergehen. Das Leben wird unsicher und die Zukunft ist nicht vorhersagbar. Der Mensch muss mit der Krankheit leben, ob er will oder nicht. Aber wenn es gelingt, die Krankheit am Rande des Lebens zu positionieren, rückt das eigentliche Leben in den Fokus und damit gelingt es besser mit der Krankheit zu leben (Gryphonck, 2005).

Nach dem Modell chronisch kranker Menschen in ihrem Alltag von Mieke Gryphonck (1996) ist die Hauptaufgabe der Pflegeperson dem chronisch Kranken zu helfen, sein Leben über die Krankheit hinauszuheben. Nicht die Krankheit, deren Folgen oder die Gesundheit sondern das Leben des chronisch Kranken sollte im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen. Die vorrangige Aufgabe der Pflegeperson ist den chronisch Kranken dabei zu unterstützen das Leben zu leben, welches er wünscht. (Gryphonck, 2005)

Weiters formuliert Gryphonck (2005) vier Aufgaben der Pflege:

- Den Kranken helfen Krisen zu überwinden
- Unterstützung bei Schwierigkeiten des täglichen Lebens
- Unterstützung beim Management der Therapie
- Hilfe bei der Organisation der Pflege

Die Pflege hat zur Aufgabe den Kranken bei Krisen, die mit einer chronischen Krankheit einhergehen zu helfen. Dabei geht's es nicht nur um den Zeitpunkt der Diagnose, sondern auch im Verlauf, insbesondere bei einer Verschlechterung des Zustandes. Menschen die von chronischer Krankheit betroffen sind mit Verlusten konfrontiert und müssen diese verarbeiten. Bei diesem Prozess sollten Pflegenden die Kranken unterstützen. Chronische Krankheiten sind instabil und auch Lebensbedingungen sind einem Wandel unterzogen. Die daraus resultierenden Herausforderungen betreffen den Kranken und somit auch der Pflegeperson. Welche Bedeutung die Person seiner Krankheit beimisst sollte im Fokus für die Pflegenden stehen. Auch bei der Unterstützung im täglichen Leben sind Pflegepersonen gefragt. Da chronische Krankheiten nicht stabil sind müssen Maßnahmen zur Unterstützung täglich neu angepasst werden, da sich Einschränkungen jeden Tag ändern können. Eine Pflegeplanung, die keine tägliche Anpassung an die Bedürfnisse des Kranken vornimmt, kann diesen nicht

gerecht werden. Daher ist die Pflege mit einem Ausmaß an Flexibilität verbunden (Grypdonck, 2005).

Weiters ist die Unterstützung bei dem Management der Therapie eine zentrale Aufgabe der Pflege. Therapeutische Maßnahmen wie zum Beispiel Vorschriften zur Lebensführung können und sollen vom Patienten an sein Leben angepasst werden. Unterstützung um das gewünschte Selbstmanagement zu erreichen ist dabei die Aufgabe der Pflege. Auch die Organisation der Pflege fällt in den Aufgabenbereich von Pflegepersonen. Die Pflege von chronisch Kranken sollte mit den Personen selbst oder ihren Angehörigen koordiniert werden, um sich an die Bedürfnisse des Kranken möglichst gut anzupassen (Grypdonck, 2005).

2.5.2 Rolle der Pflege im Hinblick auf die Lebensqualität im Heim

Die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen wird durch eine Vielzahl an Faktoren beeinflusst wie zum Beispiel die Pflegequalität, den Gesundheitszustand oder die Heimumgebung. Weiters können auch Pflegepersonen die Lebensqualität beeinflussen, da sie den meisten Kontakt zu den Bewohnerinnen haben. Daher sind Kompetenzen seitens der Pflegenden ausschlaggebend um die Lebensqualität positiv oder negativ zu beeinflussen. In dem Zusammenhang scheint der Begriff „Kompetenzenerwartung“ von Bedeutung zu sein. Darunter wird die Überzeugung in die eigenen Fähigkeiten verstanden, etwas Bestimmtes zu erreichen (Seidl & Walter, 2012). Gessert, Hyer, Kane, Rockwood, Brassard, Dejardins und Kane (2005) fanden eine Korrelation zwischen der Bewertung von Bereichen der Lebensqualität, für Bewohnerinnen eines Pflegeheims, und der eingeschätzten Möglichkeit diese zu beeinflussen. Dies lässt vermuten, dass Pflegepersonen Bereiche, welche sie ihrer Meinung nach beeinflussen können als wichtiger einschätzten (Gessert et al., 2005). Auch die Untersuchung von Winzelberg, Williams, Preisser, Zimmermann und Sloane (2005) kommt zu dem Schluss, dass eine höhere Einschätzung der eigenen Pflegekompetenzen mit der Bewertung der Lebensqualität von Demenzkranken im Heim verbunden ist. Demnach haben Personen mit mehr Vertrauen in ihre eigenen Kompetenzen eine höhere Erwartung die Lebensqualität von Patientinnen positiv beeinflussen zu können (Winzelberg et. al., 2005). Pflegepersonen haben die Möglichkeit die Lebensqualität der Patientinnen unterschiedlich zu fördern. Einerseits ist ganz klar eine individuelle und respektvolle Betreuung ein entscheidender Faktor.

Andererseits ist es auch möglich die Lebensqualität durch die Planung und Umsetzung von Aktivitäten für die Bewohnerinnen zu erhöhen. Damit steigt die soziale Interaktion und Patientinnen können sich mit Dingen beschäftigen die ihnen Freunde bereiten. Da auch soziale Beziehungen einen großen Einfluss haben sollten Pflegepersonen diese unter den Bewohnern fördern und ein Umfeld schaffen das besucherfreundlich ist (Cahill & Diaz-Ponce, 2011).

3. Theoretischer Rahmen:

In dem folgenden Kapitel wird der gewählte Bezugsrahmen der Literaturlarbeit beschrieben. Weiters werden die Konzepte dargestellt sowie der Bezug zu den Forschungsfragen.

3.1 Wahl des theoretischen Rahmens

Wie in Kapitel 2 beschrieben ist der Begriff Lebensqualität ein multidimensionaler, welcher von mehreren Faktoren beeinflusst wird. Die Lebensqualität besteht aus verschiedenen Bereichen wie physisch, psychisch, sozial, spirituell und der Umwelt. Im Hinblick darauf wurde ein theoretischer Bezugsrahmen gesucht, der ebenso vielfältig ist und alle diese Bereiche mit einschließt. Daher wurde das Systemmodell von Betty Neuman herangezogen. In dem Modell wird Gesundheit mit Wohlbefinden gleichgesetzt. Da der Begriff Wohlbefinden immer wieder in der Literatur im Hinblick auf die Lebensqualität genannt wird, scheint das Modell einen geeigneten Bezugsrahmen darzustellen. Das Systemmodell stammt von Betty Neumann, einer Pflegewissenschaftlerin aus den USA. Es wurde erstmals 1972 vorgestellt und hat die Erreichung und Erhaltung größtmöglichen Wohlbefindens und die optimale Gesundheit des Menschen zum Ziel (Schaeffer, Moers, Steppe & Meleis, 1997).

3.2 Theoretischer Rahmen und Konzepte

In dem Modell wird Gesundheit mit Wohlbefinden, Stabilität und Energie gleichgestellt. Krankheit hingegen wird mit Instabilität gleichgesetzt. Im Mittelpunkt des Modells steht die Bewohnerin. Das Modell ist hierarchisch gegliedert und erfasst den Menschen als System. Es beschäftigt sich mit Stresserscheinungen und die jeweiligen Reaktionen darauf (Kühne-Ponesch, 2004). Die Person steht im Kern und um sie herum befinden sich Widerstands und Abwehrlinien, die umweltbedingte Stressoren fernhalten und Wohlbefinden bewahren sollen. Weiters gibt es eine flexible und eine normale Abwehrlinie. Die Aufgabe der flexiblen Abwehrlinie ist es, schädliche Einflüsse fern zu halten. Ihre Schutzfunktion ist umso größer je weiter sie von der normalen Abwehrlinie entfernt ist. Wenn sich die flexible Abwehrlinie durch negative Einflüsse so weit zusammenzieht, dass sie auf die normale Abwehrlinie stößt, so muss diese versuchen die Einflüsse abzuwehren. Sobald die normale Abwehrlinie gegen einen oder mehrere

Stressoren keinen Schutz mehr bietet kommt es zu einer Destabilisierung des Systems. Bei der Bewohnerin, die im Mittelpunkt steht, treten Krankheiten auf. Im Inneren des Systems befinden sich drei Widerstandslinien, welche das System nach wie vor schützen. Erst wenn sie keinen Widerstand mehr leisten können ist die Existenz der Bewohnerin bedroht (Kühne-Ponesch, 2004).

3.2.1 Konzept der Umwelt und der Stressoren

Weiters befindet sich die Person in ständiger Wechselwirkung mit der Umwelt. Dabei lässt sich zwischen drei Umwelten unterscheiden:

- Interne Umwelt
- Externe Umwelt
- Geschaffene Umwelt

Die Interne Umwelt besteht aus allen interaktiven Einflüssen und Kräften innerhalb der Person. Weiters korreliert die interne Umwelt mit intrapersonalen Faktoren und Stressoren. Die externe Umwelt besteht aus interaktiven Einflüssen und Kräften außerhalb der Person und korreliert sowohl mit inter- als auch extrapersonalen Faktoren. Die geschaffene Umwelt ist eine dynamische Schnittstelle, welche die interne und externe Umwelt verbindet. Sie ist für die unbewusste Stimulierung der Person verantwortlich und besteht aus Selbstachtung, Werten, Überzeugungen und Energieaustausch. Die geschaffene Umwelt hat eine isolierende Wirkung und verändert die Reaktionen auf Stressoren wie zum Beispiel: Mechanismen der Verleugnung (Neuman & Fawcett, 2002; Meleis, 1999).

Stressoren erzeugen Spannung und haben das Potenzial das System beziehungsweise die Bewohnerin zu destabilisieren. Die Stressoren werden nach drei Arten unterschieden. Innerpersonale Stressoren treten in der internen Umwelt der Person auf, wie zum Beispiel: Autoimmunreaktionen. Zwischenpersonale Stressoren hingegen treten in der externen Umwelt, in naher Umgebung auf. Ein Beispiel wären Spannungen im Bezug auf Rollenerwartungen. Außerpersonale Stressoren treten auch in der externen Umwelt, allerdings in weiter Entfernung auf, wie beispielsweise Spannungen im Zusammenhang mit finanziellen Problemen. Wie eine Bewohnerin auf die Stressoren reagiert, ist abhängig von der Widerstandsfähigkeit der Abwehrlinien sowie fünf Variablen (Neuman & Fawcett, 2002; Schaeffer et al., 1997).

Diese Variablen sind physiologisch (auf körperliche Strukturen bezogen), psychisch (auf Beziehungen und geistige Prozesse bezogen), soziokulturell (soziale und kulturelle Beziehungen), entwicklungsgeschichtlich (Biographie eines Menschen). Diese Variablen stehen in Wechselwirkung zueinander. Idealerweise harmonisieren sie miteinander oder sind stabil im Bezug auf Umweltstressoren (Newman & Fawcett, 2002).

3.3.2. Konzepte der Abwehrlinien

Es gibt drei verschiedene Arten von Abwehr- beziehungsweise Verteidigungslinien, welche die Person vor Stressoren schützen sollen: die flexible Verteidigungslinie, die normale Verteidigungslinie und die Widerstandslinien. Die flexible Verteidigungslinie ist ein Puffer zum Schutz der Bewohnerin, sie soll im Idealfall Stressoren fernhalten und funktioniert wie eine Ziehharmonika. Entfernt sie sich von der normalen Verteidigungslinie so bietet sie größeren Schutz, zieht sie sich näher heran verringert sich der Schutz. Sie ist dynamisch und kann sich bei einem Notzustand wie zum Beispiel: Schlafmangel, Unterernährung oder Flüssigkeitsverlust schnell ändern. Dieses Puffersystem kann vermindert werden, wenn Stressoren einwirken. Die normale Verteidigungslinie stellt den, für die Bewohnerin üblichen Grad an Wohlbefinden dar. Die Anpassung der fünf Variablen an Stressoren ist maßgeblich für den üblichen Grad des Wohlbefindens. Weiters kann man anhand der Verteidigungslinie messen, wie weit das Befinden der Bewohnerin vom üblichen Zustand abweicht. Bewältigungsmuster und Lebensstilformen zählen hier unter anderem zu Einflussfaktoren der Verteidigungslinie. Wenn die normale Verteidigungslinie aufgrund von Stressoren durchbrochen wird, kommt es zu einer Instabilität und Krankheitssymptomen bei Pflegeheimbewohnerinnen. Wenn dies geschieht werden die Widerstandslinien aktiviert, welche sich interner und externer Hilfsfaktoren bedienen. Diese Hilfsfaktoren stärken die normale Verteidigungslinie. Ein Beispiel wäre die Aktivierung des Immunsystems bei Krankheit. Können die Widerstandslinien dem Stressor standhalten und die Reaktion umkehren kommt es zu einer Erholung. Wenn sie nicht standhalten kommt es zu einem Energieentzug und Tod (Neuman & Fawcett, 2002; Schaeffer et al. 1997). Im Kern des Modells liegt die so genannte Grundstruktur, die durch grundlegende Faktoren gebildet wird, wie zum Beispiel

die normale Bandbreite der Körpertemperatur oder genetische Faktoren (Schaeffer et al., 1997).

Gesundheit wird mit Stabilität und dem bestmöglichen Zustand des Wohlbefindens beschrieben. Die Gesundheit der Bewohnerinnen wechselt und wird durch Faktoren der Grundstruktur sowie die Anpassung an Stressoren bedingt. Ziel des Systemmodells ist es, die bestmögliche Stabilität und damit das Ausmaß an Wohlbefinden aufrechtzuerhalten oder zu fördern (Schaeffer et al., 1997)

3.4 Bezug zur Arbeit

Das Systemmodell von Neuman ist breit gefasst und behandelt Stresseinwirkungen und deren Reaktionen bei Einzelpersonen, Gruppen oder sozialen Situationen. Daher kann man entweder die Einzelperson im Pflegeheim in den Fokus stellen, eine Gruppe mit beispielsweise gleichen Einschränkungen oder die Situation „Pflegeheim“. Weiters haben Pflegeheimbewohnerinnen mit Stresseinwirkungen unterschiedlichster Art zu kämpfen, angefangen bei der Anpassung an das Heim bis hin zu gesundheitlichen Aspekten. Auffallend ist, dass das Systemmodell von Neuman fünf Variablen der Person im Fokus nennt, die vor Stresseinwirkungen schützen und einander beeinflussen. Diese Variablen decken sich im Großen und Ganzen mit den in Kapitel 2 beschriebenen Dimensionen der Lebensqualität. Daher kann davon ausgegangen werden, dass Neumans Systemmodell einen geeigneten Bezugsrahmen für diese Literaturarbeit bietet.

3.5 Rolle der Pflege

Das Systemmodell orientiert sich am Wohlbefinden und geht der Frage nach wie Patientinnen auf Stress reagieren und sich anpassen. Die Aufmerksamkeit der Pflegepersonen liegt auf den Reaktionen, welche mit Stress verbunden sind. Diese Reaktionen fallen in den Bereich Pflege. Die Aufgabe von Pflegepersonen ist es, Stabilität aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen. Dies wurde von Neuman als Rekonstitution bezeichnet. Weiters werden Pflegehandlungen als Prävention betitelt, dabei wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden. Primäre Prävention umfasst alle Faktoren der Pflege, welche vor Stressoren einwirken. Wenn eine Person von Stressoren angegriffen wird, unterstützen Pflegende die Faktoren der Bewohnerinnen und bewahren die Stabilität. Bei der sekundären Prävention wird versucht die Stabilität wieder

herzustellen, wohingegen die Bewahrung der wiederhergestellten Stabilität die tertiäre Prävention umfasst (Kühne-Ponesch, 2002; Meleis, 1999).

4. Methodologie

Im folgenden Kapitel werden das Vorgehen und die Methode der Datensammlung und der Analyse beschrieben. Es wurden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert und anschließend, mit passenden Suchstrings in zwei Datenbanken relevante Literatur identifiziert. Die gefundenen Studien wurden analysiert und eine Evidenzeinschätzung wurde nach bestimmten Kriterien vorgenommen.

4.1. Design

Bei dem Design der Arbeit handelt es sich um eine systematische Literaturübersicht. Ziel der Arbeit ist es, einen Überblick über die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen zu geben und Maßnahmen oder Interventionen für die Verbesserung dieser aufzuzeigen. Für die Forschungsfragen relevante Literatur wurde identifiziert, kritisch gelesen und anschließend analysiert. Weiters erfolgte eine Einteilung in geeignete Gruppen, nach denen die Resultate dargestellt wurden. Anschließend erfolgte eine Diskussion der Resultate und im Anschluss wurden Schlussfolgerungen und Empfehlungen gemacht. Weiters wurden Limitierungen der Arbeit dargestellt.

4.2 Datensammlung/Suchstrategien

Ausgehend von den Forschungsfragen wurde zunächst eine offene Suche in den Datenbanken Dimdi/Medline durchgeführt, um einen Überblick über die Thematik zu erhalten. Die Begriffe waren dabei „Quality of Life AND Nursing home“ und „Quality of Life AND nursing resident“. Nach einem ersten Einblick über die bestehende Literatur wurden Suchstrings entlang des theoretischen Rahmens gebildet. Bei einer großen Anzahl an gefundener Literatur wurde der Suchstring mit dem Begriff „Quality of Life“ ergänzt, um die für die Arbeit relevanten Studien zu identifizieren. Zusätzlich wurden die Suchstrings noch mit den Begriffen „elderly“ und „chronic illness“ ergänzt. Weiters wurde noch der Begriff „Intervention“ in die Suche miteingeschlossen. Die Suche erfolgte in den Datenbanken Dimdi/Medline und CHINAL. Es wurden zunächst 63 Studien aufgrund eines passenden Abstracts oder Volltexts zurückbehalten. Nach eingehender Prüfung und Rücksichtnahme auf die Ein und Ausschlusskriterien wurden 32 geeignete Studien in die Analyse miteinbezogen. In den folgenden

Tabellen werden die gesamten gefundenen, zurückbehaltenen und schlussendlich relevanten und passenden genommenen Studien dargestellt.

Dimdi/Medline	gesamt	zurück- behalten	genommen
Psychological AND nursing resident	1197	6	2
Psychological AND nursing home AND Quality of Life	1015	5	2
Physiological AND nursing home	177	0	0
Physiological AND nursing resident	509	0	0
Sociocultural AND nursing resident	10	0	0
Sociocultural AND nursing home	30	1	0
Biography AND nursing resident	12	1	0
Biography AND nursing home	82	0	0
Spiritual AND nursing home	98	2	1
Spiritual AND nursing resident	264	0	0
Intervention AND nursing resident AND Quality of Life	515	10	5
Intervention AND nursing home AND Quality of Life	1567	10	5
Elderly AND Quality of Life AND nursing home	1382	16	12

Chronic illness AND Quality of Life AND nursing home	172	1	1
Gesamt	6766	52	28

Tab 1. Identifizierte Studien Dimdi/Medline

CINAHL	gesamt	zurück- behalten	genommen
Psychological AND nursing resident	44	0	0
Psychological AND nursing home AND Quality of Life	209	4	0
Physiological AND nursing home	3	0	0
Physiological AND nursing resident	73	0	0
Sociocultural AND nursing resident	1	0	0
Sociocultural AND nursing home	14	0	0
Biography AND nursing resident	0	/	/
Biography AND nursing home	6	0	0
Spiritual AND nursing home	2	0	0
Spiritual AND nursing resident	161	1	1

Intervention AND nursing resident AND Quality of Life	5	0	0
Intervention AND nursing home AND Quality of Life	164	2	2
Elderly AND Quality of Life AND nursing home	257	4	2
Chronic illness AND Quality of Life AND nursing home	13	0	0
Gesamt	952	13	5

Tab. 2 Identifizierte Studien CINAHL

Es konnten insgesamt 33 relevante Studien identifiziert werden, wobei die meisten in der Datenbank Dimdi/Medline gefunden wurden.

Datenbank	gefunden	genommen
Dimdi/Medline	6766	28
CINAHL	952	5
gesamt	7718	33

Tab. 3 Identifizierte Studien gesamt

4.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Anhand der Ein- und Ausschlusskriterien wurden die Studien für die vorliegende Arbeit verworfen oder in die Analyse miteinbezogen. Es wurden nur deutsche oder englischsprachige Studien verwendet. Weiters wurden nur Studien ausgewählt in denen die Teilnehmerinnen nicht jünger als 60 Jahren sind, sowie die Schlagwörter „Quality of Life“ oder „Health related Quality of Life“ im Titel aufweisen. Der Zeitrahmen hinsichtlich der Publikation lag bei 6 Jahren. Studien

wurden ausgeschlossen wenn die Lebensqualität von Personen im Spital oder zu Hause behandelt wurde. Ein weiterer Ausschlussgrund war ein Vergleich der Lebensqualität von Personen im Pflegeheim und zu Hause oder wenn Angehörige im Fokus der Studie standen. Studien die von der Palliativpflege in der Langzeitpflege handeln wurden ebenfalls ausgeschlossen (besonders viele Studien wurden aus diesem Grund bei dem Suchstring „spiritual“ ausgeschlossen). In manchen Studien wurde die Lebensqualität nur am Rande behandelt oder beschäftigten sich mit der Entwicklung eines Messinstruments. Da diese für die Forschungsfragen nicht relevant waren sind sie ebenfalls ausgeschlossen worden. Zwei Studien wurden aufgrund der Sprache (spanisch und japanisch) nicht in die Analyse mit einbezogen.

4.4 Studienbeurteilung

Nachdem der Volltext der Studien kritisch gelesen wurde erfolgte die Evidenzeinschätzung mittels dem Johns Hopkins Evidence-Based Practice (JHNEBP) (Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh, White, 2007). Die Studien wurden nach ihrem Evidenzniveau eingeschätzt wobei randomisierte kontrollierte Studien oder Meta-Analysen das erste Niveau hatten (1), Quasi experimentelle Studien das zweite (2), nicht experimentelle und qualitative Studien sowie Meta-Synthesen konnte das dritte Niveau (3) zugewiesen werden. Anschließend erfolgte eine Qualitätseinschätzung von A bis C. A impliziert eine hohe Qualität mit konsistenten Resultaten, eine ausreichende Probandengröße und definitiven Schlussfolgerungen. Eine gute Kontrolle (B) wurde mit recht konsistenten Ergebnissen und ziemlich definitiven Schlussfolgerungen erreicht. Mit niedriger Qualität (C) wurden Studien bewertet, wenn inkonsistente Resultate, ungenügende Probandengröße sowie kaum allgemeinen Schlussfolgerungen beschrieben wurden.

4.5 Datenanalyse

Die gefundenen Studien wurden in einer Tabelle bearbeitet und zusammengefasst (siehe Appendix). Diese Tabellen stellten die Basis für die weitere Vorgehensweise dar.

4.5.1 Review Tabelle

Autoren	Forschungsfrage/ Ziel	Sample	Methode	Resultate	Schluss- folgerungen	Evidenz
---------	--------------------------	--------	---------	-----------	-------------------------	---------

Tab. 4 Reviewtabelle

Die Studien wurden hinsichtlich Autoren und der Forschungsfrage bzw. Ziel der Arbeit gelesen. Es wurde in der Spalte „Sample“ erfasst wie viele Teilnehmerinnen es gab und welches Geschlecht und Alter angegeben wurde. In der Spalte „Methode“ wurde angegeben wie in der Studie verfahren wurde, welches Design verwendet und welche Instrumente zur Anwendung kamen. Anschließend wurden bei „Resultate“ die Ergebnisse erfasst und bei „Schlussfolgerungen“ Empfehlungen beschrieben. Zum Schluss wurden in der Spalte „Evidenz“ die Studien nach dem JHNEBP nach ihrer Evidenz und Qualität eingeschätzt.

4.6 Vorgehen

Ausgehend von den Forschungsfragen wurde versucht mittels Suchstrings in ausgewählten Datenbanken relevante Studien zu identifizieren.

Bei der Recherche mit Suchbegriffen entlang des theoretischen Rahmens wurden über 75 Studien gefunden, welche nach Abstract und Volltext passend waren. Da dieser Umfang den Rahmen der Arbeit gesprengt hätte, wurden die Einschlusskriterien modifiziert. Am sinnvollsten schien es die Einschlusskriterien anhand der Aktualität der Studien anzupassen. Ursprünglich war der Zeitrahmen auf Studien die ab 2000 publiziert worden sind eingeschränkt. Nach der Überarbeitung der Einschlusskriterien wurden nur mehr Studien ab 2006 in die Analyse miteinbezogen. Bei der Suche mit den Suchstrings „Elderly“ und „chronic illness“ wurden zuvor 6 Artikel bearbeitet, welche dieses Einschlusskriterium nicht mehr erfüllten und deshalb ausgeschlossen wurden. Diese waren: Gerritsen, Jongenelis, Steverink, Ooms und Ribbe (2005), Zimmermann, Sloane, Williams, Reed, Preisser, Eckert, Boustani, und Dobbs (2005), Edelman, Fulton, Kuhn und Chang (2005), Gessert, Hyer, Kane, Rockwood, Brassard, Desjardins und Kane (2005), Kane, Rockwood, Hyer, Desjardins, Brassard, Gessert und Kane (2005), Winzelberg, Williams, Preisser, Zimmerman und Sloane (2005)

5. Resultate

Es wurden insgesamt 33 Studien in die Analyse miteinbezogen. Die Studien wurden zwischen 2006 und 2012 publiziert und hatten durchschnittlich eine hohe bis gute Qualität. Nur Zahl einfügen Studien waren aufgrund der kleinen Probandengröße von niedriger Qualität. Die Länder in denen die Studien durchgeführt wurden waren: Japan, Taiwan, China, USA, Kanada, Australien, Neuseeland, , Iran, Türkei, England, Norwegen, Schweden, Island, Niederlande, Irland, Portugal, Frankreich und Italien. Von den 33 Studien sind 15 nicht experimentelle Studien, 5 Qualitative Studien, 8 Quasi-experimentelle Studien und 5 randomisierte kontrollierte Studien. Alle Artikel waren im pflegerischen Forschungsbereich angesiedelt.

Die gefundenen Studien wurden nach der Datenanalyse in vier Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe behandelt Studien die sich mit der subjektiven Einschätzung und Sichtweise der Lebensqualität von älteren Menschen im Pflegeheim befassen. Studien die sich mit dem Zusammenhang der Lebensqualität und chronischen Krankheiten sowie deren Auswirkungen beschäftigen stellen die zweite Gruppe dar. Die dritte Gruppe befasst sich mit Interventionen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität. Diese Gruppe wurde nochmals unterteilt in Interventionen welche sich mit Bewegung und leichter körperlicher Betätigung beschäftigen und andere Interventionen. In der letzten Gruppe liegt der Fokus auf der Sichtweise des Pflegepersonals hinsichtlich der Einschätzung der Lebensqualität von Bewohnern in Langzeitpflegeeinrichtungen.

5.1. Tabellarische Darstellung

Zum besseren Verständnis werden die jeweiligen Studien nach Gruppen tabellarisch dargestellt und die Evidenzeinschätzung angegeben.

Gruppe 1 besteht aus 7 Studien und beschreibt die subjektive Lebensqualität von Bewohnern in einer Pflegeeinrichtung.

Burack, Weiner, Reinhardt und Annunziato (2012)	3B
Carrier, West und Ouellet (2009)	3A

Courtney, O'Reilly, Edwards und Hassall (2009)	3B
Degenholz, Kane, Kane, Bershadsky und King (2006)	3A
Hjaltadóttir und Gústafsdóttir (2007)	3C
Kato, Ida, Kawamura, Nagaya, Tokuda, Tamakoshi und Harada (2008)	3A
Tu, Wang und Yeh (2006)	3B

Tab. 5: Gruppe 1: Subjektive Sichtweise der Lebensqualität

In Gruppe 2 werden 9 Studien analysiert, welche die Lebensqualität von Bewohnern unter Berücksichtigung von Krankheiten, deren Auswirkungen und Symptomen untersucht.

Asghari, Ghaderi und Ashory (2006)	3A
Aslan, Kizilkaya, Erkan, Yalcin und Gungor (2009)	3A
Cahill und Diaz-Ponce (2011)	3B
Degenholz, Rosen, Castle, Mittal und Liu (2008)	3B
Du Beau, Simon und Morris (2006)	3A
Gerritsen, Steverink, Ooms, Henrica, de Vet und Ribbe (2007)	3B
Hoe, Hancock, Livingston, Woods, Challis und Orrell (2009)	3A
Lamoureux, Fenwick, Moore, Klaic, Borschmann und Hill (2009)	3B
Torvik, Kaasa, Kirkevold und Rustøen (2008)	3A

Tab. 6: Gruppe 2: Lebensqualität und Krankheiten

Die dritte Gruppe befasst sich mit Studien in denen die Auswirkungen verschiedener Interventionen auf die Lebensqualität untersucht wurden. Es wurden zwei Untergruppen gebildet. Die erste Untergruppe besteht aus 8 Studien und beinhaltet Interventionen mit Bewegung oder leichter körperlicher Aktivität. In der zweiten Untergruppe, die aus 6 Studien gebildet wird, werden andere Interventionen dargestellt, die keine Bewegungsprogramme beinhalten.

Dechamps, Onifade, Decamps, Bourdel-Marchasson (2009)	2B
Dechamps, Diolez, Thiaudière, Tulon, Onifade, Vuong, Helmer und Bourdel-Marchasson (2010)	1A
Kerse, Peri, Robinson, Wilkinson, von Randow, Kiata, Parsons, Latham, Parsons, Willingale und Brown (2008)	1C
Lee, Lee und Woo (2009)	2B
Lobo, Santos, Carvalho und Mota (2008)	2B
Stathi und Simey (2007)	3B
Taguchi, Higaki, Inoue, Kimura und Tanaka (2009)	2B
Takeuchi, Hatano und Yamasaki (2011)	2B

Tab.7: Gruppe 3a: Interventionen mit Bewegung

Falk, Wijk und Persson (2008)	2C
Naito, Kato, Fujii, Ozeki, Yokoyama, Hamajima und Saitoh (2009)	2B
Nijs, de Graaf, Kok und van Straveren (2006)	1A
Owsley, McGwin, Scilley, Meek, Seker und Dyer (2007)	2B
Rondanelli, Giacosa, Opizzi, Pelucchi, Vecchia, Montorfano, Negroni, Berra,	1A

Politi und Rizzo (2010)	
Rondanelli, Opizzi, Antonello, Boschi, Iadarola, Pasini, Aquilani und Dioguardi (2011)	1B

Tab. 8: Gruppe 3b: Andere Interventionen

Die Sichtweise von Pflegepersonen bezüglich der Lebensqualität von Bewohnern ist das Thema der letzten Gruppe und besteht aus 3 Studien.

Hoe, Hancock, Livingston und Orrell (2006)	3A
Kane, Rockwood, Hyer, Desjardins, Brassard, Gessert, Kane und Mueller (2006)	3A
Robichaud, Durand, Bédard und Ouellet (2006)	3B

Tab.9: Gruppe 4: Sichtweisen des Pflegepersonals

5.2 Subjektive Sichtweise der Lebensqualität

Es wurden insgesamt sieben Studien analysiert. Alle sieben Studien untersuchten die Lebensqualität von älteren Menschen in Pflegeinstitutionen, allerdings auf sehr unterschiedliche Weise.

Studiengüte

Es handelt sich um fünf nicht experimentelle und eine qualitative Studien (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). Davon weisen zwei ein exploratives (Courtney et al., 2009; Tu et al., 2006) und zwei ein deskriptives Design auf (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007; Kato et al., 2008). Bei drei Studien konnte lediglich festgestellt werden, dass es sich um Querschnittstudien handelt (Burack et al., 2012; Carrier et al., 2009; Degenholz et al., 2006). Degenholz et al. (2006) verarbeiteten die Daten teilweise retrospektiv. In allen anderen Studien wurden die Daten prospektiv verarbeitet.

Populationen

An den Studien nahmen zwischen 8 und 2.829 Pflegeheimbewohnerinnen teil. Bis auf zwei Studien (Khader, 2011; Tu et al., 2006) war der überwiegende Anteil der Population weiblich. Das durchschnittliche Alter lag zwischen 76 und 93 Jahren.

Chronische Erkrankungen und Aufenthaltsdauer

In vier Studien wurden genaue Angaben zu den chronischen Erkrankungen der Bewohner gemacht (Burack et al., 2012; Degenholz et al., 2006; Kato et al., 2008; Tu et al., 2006). Die häufigsten chronischen Krankheiten waren: Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Parkinson, Depression, Alzheimer und andere Demenzerkrankungen. In der Population von Degenholz et al. (2006) wurde von teilweiser oder komplette Inkontinenz sowie Sehbeeinträchtigungen berichtet. In den restlichen Studien wurden keine Angaben zu chronischen Erkrankungen gemacht. Bis auf eine Studie wurden Angaben zur Aufenthaltsdauer in der Pflegeeinrichtung gemacht und reichte von 3 Monaten bis zu zwölf Jahren. In der Studie von Kato et al. wurde keine genaue Angabe was die Aufenthaltsdauer betrifft gemacht. Allerdings wurde von den Bewohnerinnen der Pflegeeinrichtung die Häufigkeit von Stürzen im letzten Jahr erhoben.

Instrumente der Datenerhebung

Bei den beschriebenen Studien kamen folgende Instrumente zur Datenerhebung zum Einsatz: Mini Mental State Examination, Falls Efficacy Scale, Functional Independence Measure, Medical Outcomes Study 8-Item Short Form Health Survey, Quality of Life Index-Nursing Home, Patient Empowerment Scale, Activity of daily living scale, Quality of Life Scales for nursing home Residents, MDS Cognitive Performance Scale, Quality of Life in Dementia, Clinical Care Indicators Tool, WHOQOL-100, Minimum Data Set, Online Survey and Certification Automated Record, BMI. Des Weiteren wurden zur Datenerfassung semi-strukturierte Interviews sowie gestützte und ungestützte Fragebögen verwendet.

Ergebnisse

Burack et al. (2012) untersuchten die Beziehung der Lebensqualität und der allgemeinen Zufriedenheit der Bewohnerinnen sowie der Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal und der Einrichtung. Lebensqualität war eng mit den Bereichen

„sinnvolle Aktivität“ und „Würde“ verbunden. Die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal war negativ mit dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung verknüpft ($p < 0,05$). „Würde“ war als einziger Bereich ein signifikanter Einflussfaktor auf die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal ($p < 0,05$). „Würde“, spirituelles Wohlbefinden“ und „Freude am Essen“ beeinflussten die allgemeine Zufriedenheit ($p < 0,01$) (Burack, Weiner, Reinhardt & Annunziato, 2012).

In der Studie von Carrier et al (2009) wurde untersucht inwieweit Erfahrungen bei den Mahlzeiten sowie Nahrungsmittel Services auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen mit und ohne kognitiven Beeinträchtigungen einwirken. Es wurden einerseits Interviews geführt um die Eindrücke bei Malzeiten zu erheben und andererseits verschiedene Lieferservices bewertet. Von den Bewohnern waren 66,5% kognitiv beeinträchtigt und bewerteten die eigene Lebensqualität schlechter. Die Lebensqualität wurde signifikant negativ mit Krankheiten oder Beschwerden welche die Ernährung beeinflussen verbunden, bei Bewohnern die keine kognitive Beeinträchtigung hatten. Sowohl die Anzahl an Personen welche beim Essen teilnehmen als auch die Autonomie bei den Mahlzeiten wurde in beiden Gruppen positiv assoziiert (kognitiv intakt $p = 0,042$; $p = 0,027$, kognitiv beeinträchtigt $p = 0,003$; $p = 0,012$). Essen das auf einem Tablett serviert wurde hatte einen positiven Zusammenhang mit der Lebensqualität bei beiden Gruppen. Spezielle Schonkost und die Verwendung von Porzellan statt Plastik hatte ebenso einen positiven Einfluss bei Bewohnern ohne kognitiven Einschränkungen ($p = 0,043$, $p = 0,011$). Weiters wurde eine Korrelation zwischen der Autonomie und er Lebensqualität bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen aufgezeigt ($p = 0,002$) (Carrier, West & Ouellet, 2009).

Courtney et al. (2009) erforschten den Zusammenhang zwischen dem klinischen Pflegezustand und der Lebensqualität von Bewohnerinnen in Pflegeeinrichtungen. Dafür wurde für jede Patientin der Pflegezustand mit Hilfe von des Clinical Care Indicators Tool (CCI) erhoben und mit Messdaten bezüglich der Lebensqualität verglichen. Schlechtere CCI-Werte korrelierten signifikant mit niedrigeren Werten hinsichtlich der Lebensqualität. Der Hydrationsstatus, Stürze und Depressionen waren am stärksten mit niedrigen scores der Lebensqualität verbunden. Soziale und spirituelle Bereiche der Lebensqualität waren signifikant

von dem Pflegezustand betroffen ($p=0,002$; $p=0,005$) (Courtney, O'Reilly, Edwards & Hassall, 2009).

Degenholz et al. (2006) untersuchten die Lebensqualität mit Hilfe von externen Indikatoren. Sekundärdaten von Interviews hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen wurden mit Primärdaten von zwei Messinstrumenten zusammengeführt. Es wurden demografische Daten, kognitive und physische Funktionen erhoben. Weiters wurden Faktoren der Pflegeeinrichtungen gemessen. Die Lebensqualität war negativ verknüpft mit: physischer Beeinträchtigungen ($p=0,004$), Sehschwäche ($p=0,049$), Bettlägrigkeit ($p=0,044$), Aufenthaltsdauer im Heim ($p=0,001$), Depression ($p=0,000$) und Konflikte in Beziehungen ($p=0,003$). Bei der Pflegeeinrichtung waren die Faktoren „Bedürfnisse nicht erkennen“ und „keine sichere und saubere Umgebung“ negativ mit der Lebensqualität assoziiert ($p=0,014$, $p=0,022$). Eine positive Korrelation wurde bei dem Faktor „Aktivitäten“ beobachtet ($p=0,03$) (Degenholz, Kane, Kane, Bershadsky & King, 2006).

In der Studie von Hjaltadóttir & Gústafsdóttir (2007) wurde Lebensqualität aus der Sichtweise von älteren Pflegeheimbewohnerinnen mittels qualitativen Interviews erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass Lebensqualität ein multidimensionales Phänomen ist, welches von vielen Faktoren beeinflusst wird und vier Hauptthemen wurden gebildet. 1. Sicherheit, 2. Trost suchen, 3. Aufbruch und Vorbereitung, 4. Selbstbestätigung. Drei von diesen Hauptthemen wurden in weitere Subgruppen unterteilt. 1.1 „Sicher sein“: Der Hauptgrund in ein Heim zu ziehen war begründet auf der Erfahrung zu Hause hilflos zu sein und damit die Erkenntnis, dass eine Veränderung der Wohnsituation unvermeidlich ist. 1.2 „Betreuung“: Das Bedürfnis nach individueller Pflege und Betreuung sowie die Verlässlichkeit der Pflegepersonen wurden als wichtig empfunden. 1.3 „Unterstützung der physischen Funktionen“: Der Erhaltung der körperlichen Mobilität wurde eine große Bedeutung zugemessen. Das zweite Hauptthema wurde in fünf Subthemen gegliedert. 2.1 „ungleiche Gemeinschaft“: die Teilnehmer der Studie hatten keine kognitiven Einschränkungen und waren damit in der Pflegeeinrichtung die Minderheit. Ein auffälliges Verhalten seitens der Mitbewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurde als verstörend empfunden und daher gab es häufig den

Wunsch nach „Abgeschiedenheit“ (2.2). 2.3 „zu Hause fühlen“: Der Gedanke sich mit einer fremden Person ein Zimmer teilen zu müssen war für die meisten unbehaglich. Bewohner welche ein Einzelzimmer hatten, brachten mehr persönliche Dinge von zu Hause mit. „Sich zu Haus fühlen“ war eng verbunden mit Privatsphäre, private Gegenstände zu besitzen und die Möglichkeit ungestört Besuch zu empfangen. 2.4 „Routine“: Manchen Bewohnerinnen gab die Routine in der Einrichtung Sicherheit, andere empfanden angebotene Aktivitäten als willkommene Abwechslung. 2.5 „Einschränkungen“: Die Möglichkeit nach draußen zu können war für die Personen sehr wichtig. Das dritte Thema „Aufbruch und Vorbereitung“ wurde nicht weiter unterteilt und behandelt die Zeit vor dem Einzug sowie im Pflegeheim. Die Bewohnerinnen empfanden es als belastend ihren Besitz auflösen zu müssen und sich von persönlichen Gegenständen zu trennen bevor sie in die Pflegeeinrichtung zogen. Die Bewohnerinnen begannen im Pflegeheim sich auf das Ende des Lebens vorzubereiten. Das vierte Thema wurde wiederum in vier Subgruppen unterteilt. 4.1 „als Mensch wahrgenommen werden“: Es war für die Patientinnen sehr wichtig von Pflegenden individuell und bedürfnisorientiert behandelt zu werden. 4.2 „familiäre Beziehungen“: Die Aufmerksamkeit und Liebe der Familie wurde als unterstützend empfunden und vor allem der telefonische Kontakt war für die Teilnehmerinnen von großer Bedeutung. Aber auch innerhalb der Gemeinschaft haben sich die Patientinnen als Familienmitglieder wahrgenommen. 4.3 „Erlebte Vergangenheit“: Für manche Bewohnerinnen war die Beschäftigung mit der Vergangenheit zu schmerzhaft wohingegen andere daraus Kraft schöpften. 4.4 „Sinnvolle Aktivität“: Aktivitäten welche in der Einrichtung angeboten wurden sind positiv bewertet worden und zudem gab es den Wunsch neue Dinge zu lernen (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007).

Die Studie von Kato et al. (2008) untersuchte die Beziehung zwischen der Falls Efficacy Skala und der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen. Es fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Physical Component Summary und der Falls Efficacy Skala ($p < 0,05$). Weiters konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Falls Efficacy Skala und MMSE, die Anzahl der Risikofaktoren, allen Items der 8-Items Short Form Health Survey sowie den Subscores „transfer“ und „locomotion“ ($p < 0,05$). Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang von der Falls Efficacy Skala und der Subskala „mental health“

von der Mental Component Summary. Die Subscores von der Physical Component Summary „Physical functioning“ und „role physical“ zeigten einen stärkeren Zusammenhang mit FES als „transfer“ und „locomotion“ ($p < 0,05$) (Kato, Ida, Kawamura, Nagaya, Tokuda, Tamakoshi & Harada, 2008)

Tu et al. (2006) untersuchten die Beziehung von selbstbestimmter Pflege und der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen. Der durchschnittliche Quality of Life Index Score lag bei 18,04 (Werte von 0-30) und 25,11 (Werte von 6-45) bei der physical function scale und der activity of daily living scale. Bei der Patient Empowerment Scale erzielte die Subskala „Disempowering“ einen durchschnittlichen Wert von 1,25 (Werte von 1-4). Physical function und empowering care zeigten einen signifikanten positiven Zusammenhang mit dem Quality of Life Index ($p < 0,001$). Im Gegensatz fand sich ein signifikanter negativer Zusammenhang von disempowering care und dem Quality of Life Index ($p < 0,001$). Teilnehmer die einen höheren Wert bei der Patient Empowerment Scale hatten zeigten einen deutlich höheren Wert bei der Quality of Life Scale. Daher wurde der Faktor empowering care als wichtigster Einflusswert für die Lebensqualität angesehen (Tu, Wang & Yeh, 2006)

5.3 Lebensqualität und chronische Krankheiten und Symptome

Es wurden insgesamt neun Studien in die Analyse miteinbezogen. Diese beschäftigen sich mit dem Einfluss chronischer Erkrankungen sowie verschiedenen Symptomen auf die Lebensqualität.

Studiengüte

Es handelt sich bei den Studien um acht nicht experimentelle Studien und eine qualitative Studie (Cahill & Diaz-Ponce, 2011). Davon waren sechs Querschnitt und drei Längsschnittstudien (Aslan, Kizilkaya, Erkan, Yalcin & Gungor, 2009; Degenholz, Rosen, Castle, Mittal & Liu, 2008; Du Beau, Simon & Morris, 2006; Hoe, Hancock, Livingston, Woods, Challis & Orrell, 2009). Nur bei einer Studie wurden die Daten retrospektiv verarbeitet (Du Beau et al., 2006).

Populationen

In den Studien wurden Daten von 61 bis 89.999 Personen verarbeitet. Der überwiegende Anteil war in allen Studien weiblich mit Ausnahme der Studie von Asghari et al. (2006) in der 51% männlich waren. Das durchschnittliche Alter lag zwischen 60,5 und 86 Jahren.

Chronische Erkrankungen und Aufenthaltsdauer

Chronische Erkrankungen werden bei nur bei einer Studie beschrieben. Die häufigsten chronischen Krankheiten bei Du Beau et al. (2006) waren: Diabetes, Herzerkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Hypertonie, Arthritis, Alzheimer und andere Demenzerkrankungen, Parkinson, Depression und Krebs. Die Studie von Torvik et al. gibt Angaben zu den Diagnosen der Teilnehmerinnen verbunden mit Schmerz. Dabei waren die häufigsten Diagnosen: Schlaganfall 29%, Frakturen 19%, Arthritis und Myalgie 17%, Stenokardie 12,3% und Knie bzw. Hüftprothesen 12,3%. Asghari et al. (2006) machen in ihrer Untersuchung Angaben zu Schmerz aber nicht zu chronischen Erkrankungen. Die häufigste Schmerzlokalisation waren die Beine oder die Hüfte. Degenholz et al. (2008) gaben verschiedene Symptome an wie zum Beispiel: Inkontinenz, Seh- und Hörbeeinträchtigungen, Dekubitus, depressive Symptome, kognitive und physische Beeinträchtigungen und Schmerz. Auch in der Studie von Aslan et al. (2008) wurde von Inkontinenz berichtet. Alle anderen Studien machten keine genauen Angaben zu chronischen Erkrankungen. In der Studie von Lamourreux et al. (200) waren 70% der Teilnehmer von Komorbidität betroffen. In drei Studien wurde die kognitive Beeinträchtigung anhand des Mini Mental State Examination angegeben, wobei der Durchschnittswert zwischen 7,4 und 12,6 lag (Cahill et al., (2011); Gerritsen, Steverink, Ooms, Henrica, de Vet & Ribbe, (2007); Hoe et al., (2009).

Instrumente der Datenerhebung

Folgende Instrumente kamen bei der Datenerhebung zum Einsatz: Mini Mental State Examination, Minimum Data Set Nursing Home Vision-targeted Health-related Quality of Life Questionnaire, Dementia Quality of Life Questionnaire, Beck Depression Inventory, Medical Outcome Study 36-Item Short Form health survey, Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale, Depression List, Geriatric Depression Scale, Depression Rating Scale, Quality of Life – Alzheimer Disease Scale,

Cornell Scale for Depression in Dementia, Rating of Anxiety in Dementia, Camberwell Assessment of Need for the Elderly, Challenging Behaviour Scale, Clifton Assessment Procedures for the Elderly-Behaviour Rating Scale, Clinical Dementia Rating, Barthel Scale of Activities of Daily Living Scale, Cognitive Impairment Test, Patient Health Questionnaire, 11-Item Quality of Life Instrument, BMI, Rankin Scale und King's Health Questionnaire. Weiters wurden Interviews und Fragebögen zur Datenerhebung verwendet.

Ergebnisse

Die Studie von Asghari et al. (2006) untersuchte die Schmerzprävalenz bei 114 Menschen im Pflegeheim sowie die Auswirkung von Schmerz auf die Stimmungslage und die Lebensqualität. Die Stimmungslage wurde mit der Beck Depression Inventory und die Lebensqualität mit der 36 Item Short Form Health Survey erfasst. Die Prävalenzrate von Schmerz während der Studie lag bei 72,8%, während die Prävalenzrate von chronischen Schmerzen bei 66,7% lag. Von dieser Gruppe berichteten Bewohnerinnen von mindestens zehn jährigen Schmerzdauer, die anderen 26% konnten keine Angabe betreffend der Schmerzdauer geben. Fast die Hälfte der Personen (48%) klassifizierten ihre Schmerzen als mäßig.

Die Gruppe mit chronischen Schmerzen (n=76) wurde mit der ohne chronischen Schmerzen (n=38) hinsichtlich Depression und der Lebensqualität verglichen. Die Gruppe mit chronischen Schmerzen hatte höhere Werte bei der Depression Inventory als die Gruppe ohne chronische Schmerzen. Es fanden sich signifikante Unterschiede für die Items „bodily pain“ (p=0,0001), „physical functioning“ (p=0,0001), „general health“ (p=0,001) und „vitality“ (p=0,0001) (Asghari, Ghaderi & Ashory, 2006).

Aslan et al. (2009) untersuchten den Zusammenhang zwischen Inkontinenz und der Lebensqualität von älteren Pflegeheimbewohnerinnen. Von den anfänglich 694 Probandinnen (56,48% weiblich) litten 43% der Frauen und 20,9% der Männer an Inkontinenz. Die durchschnittliche Dauer der Symptome lag bei 5 Jahren. Nur für Personen mit Inkontinenz Beschwerden wurde der kognitive und funktionale Status, sowie die Lebensqualität ermittelt. Die Ergebnisse zeigten keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern hinsichtlich des kognitiven Status. Der funktionale Status war allerdings bei Männern besser. Weiters waren

die Werte der Subskalen der Lebensqualität bei Frauen höher, was auf eine niedrigere Lebensqualität deutet. Allerdings war nur der Wert in der Subskala „generall health perceptions“ signifikant ($p=0,021$). Es war festzustellen, dass die Dranginkontinenz einen höheren Einfluss auf die Lebensqualität hatte als Stress- oder Mischinkontinenz. Auch das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung hatte eine negative Auswirkung auf die Lebensqualität mit Inkontinenz ($p=0,002$) (Aslan, Kizilkaya, Erkan, Yalcin & Gungor, 2009).

Cahill et al. (2011) untersuchten die Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern mit unterschiedlichen kognitiven Beeinträchtigungen. Die Bewohner wurden in drei Gruppen hinsichtlich der Werte der Mini Mental State Examination eingeteilt. Gruppe 1: 13 „wenig beeinträchtigt“ (MMSE= 21-26), Gruppe 2: 20 „mäßig beeinträchtigt“ (MMSE= 11-20) und Gruppe 3: 28 „schwer beeinträchtigt“ (MMSE= 0-10). Es wurden semistrukturierte Interviews mit 61 Bewohnern geführt und aus den gewonnenen Daten folgende vier Hauptthemen gebildet: 1. Sozialer Kontakt: Personen der Gruppe 1 und 2 bewerteten das Pflegepersonal besser und gaben an, dass die Familie wichtig sei. Personen der Gruppe 3 klagten oft darüber ihre Familie nicht zu sehen. 2. Anschluss: In der dritten Gruppe waren die meisten Bewohner die angaben sich nicht zu Hause zu fühlen. Privatsphäre und Einzelzimmer wurden in allen Gruppen als wichtige Faktoren empfunden um sich zu Hause zu fühlen. 3. Aktivitäten die Freude machen: Körperliche Übungen sowie Bingo zählten zu den Aktivitäten, welche bekannt und beliebt waren. Die Vorfriede und der körperliche Nutzen waren die Hauptgründe für eine Teilnahme. Personen der Gruppe 3 standen den Aktivitäten desinteressiert und gleichgültig gegenüber. Für Bewohnerinnen der Gruppe 2 war es besonders wichtig in der Garten oder nach draußen gehen zu können. 4. Einfluss der Emotionen: Die häufigsten waren Freude, Traurigkeit und Einsamkeit. Freude war verbunden mit dem Zusammensein von anderen, eine gute Betreuung und das Wahren von Respekt und Würde. Traurigkeit war geprägt von dem Verlust von Familienangehörigen, dem Einbüßen von körperlichen Fähigkeiten sowie das eigene zu Hause aufgeben zu müssen. Von Einsamkeit wurde nur in Gruppe 3 berichtet (Cahill & Diaz-Ponce, 2011).

In der Studie von Degenholz et al. (2008) wurde die Beziehung zwischen der Lebensqualität und Veränderungen des Gesundheitszustandes untersucht. Die Teilnehmerinnen wurden über sechs Monate fünfmal interviewt. Bewohnerinnen mit einem Dekubitus der Stufe 2 oder höher bewerteten die folgende Items der Lebensqualität niedriger: „Autonomie“, „Sicherheit“, „funktionaler Kompetenz“ und „spirituelle Wohlbefinden“. Ein Anstieg der körperlichen Beeinträchtigungen wurde mit einem niedrigeren Wert bei dem Item „Würde“ assoziiert. Ein Anstieg von depressiven Symptomen war signifikant mit geringeren Werten in den Bereichen „Wohlbefinden“, „Freude am Essen“ und „sinnvolle Aktivitäten“ verbunden. Hingegen eine Verbesserung der depressiven Symptome einen gesteigerten Wert bei dem Item „Freude am Essen“ zur Folge hatte. Ein Anstieg von Schmerzen wurde mit geringerer Wertung der Items „funktionaler Kompetenz“ und „Würde verbunden“ (Degenholz, Rosen, Castle, Mittal & Liu, 2008).

Du Beau et al. (2006) untersuchten die Auswirkung von Inkontinenz auf die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen. Dazu wurden retrospektive Daten von dem Minimum Data Set mit den Daten der Social Engagement Scale (SocE) über sechs Monate verglichen. Das Auftreten von Inkontinenz war signifikant verbunden mit geringeren Werten der SocE Skala. Faktoren die einen Einfluss auf Inkontinenz hatten waren: Alter, weibliches Geschlecht, kognitive einschränkungen, Demenz, Schlaganfall, Parkinson und Funktionsstatus. Inkontinenz war signifikant mit einer niedrigeren Lebensqualität bei Bewohnern mit mäßiger kognitiver und funktionaler Einschränkung verbunden ($p < 0,001$) (Du Beau, Simon & Morris, 2006).

Die Studie von Gerritsen et al. (2007) befasste sich mit der Messung der allgemeinen Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen mit dem Augenmerk auf kognitive Beeinträchtigungen. Ziel war es die Brauchbarkeit von Selbsteinschätzungsskalen zu untersuchen. Es kamen sechs Skalen zur Selbsteinschätzung der allgemeinen Lebensqualität zum Einsatz, wobei der Anteil an Personen welche alle Skalen bearbeiten konnten variierte. Der durchschnittliche MMSE Wert lag bei 11,8 (26,5% < 5 , 18,5% ≥ 22). 94 -100% aller Personen mit einem MMSE Wert von 22 oder mehr konnten alle sechs Skalen bearbeiten. Bei einem MMSE Wert von 13 bis 21 konnten 91-97% der Personen

alle Skalen bis auf die General quality-of-life question und die Philadelphia geriatric center morale scale beantworten. In der Gruppe mit einem MMSE Wert von 5 bis 12 konnte die Depression List von 100%, die Positive and Negative Effect Scale von 94%, die General quality-of-life question von 80%, die Philadelphia geriatric center morale scale und die Geriatric Depression Scale von 72% beantwortet werden. Personen mit einem MMSE Wert unter 5 konnten am häufigsten die Depression List Skala bearbeiten (43%). Alle anderen Skalen konnten nur von 21% der Probandinnen beantwortet werden. Daher wurde diese Gruppe nicht in die weitere Analyse miteinbezogen. Die interne Konsistenz der Depression List, der Geriatric Depression Scale und der Negative Affect Scale war in allen drei MMSE Gruppen gegeben ($\alpha \geq 0,68$). Die Interkorrelation war am höchsten bei der Philadelphia geriatric center morale scale, der Geriatric Depression Scale und der Depression List ($r \geq 0,65$). Auch die Negative Effect Scale korrelierte signifikant mit der Geriatric Depression Scale und der Depression List. Es fand sich keine starke Korrelation, zwischen der sechs Selbsteinschätzungsskalen und den zwei Beobachtungsskalen (GIP-S, DRS) gab es keine starke Korrelation, besonders für die Gruppe mit den geringsten kognitiven Fähigkeiten (MMSE 5-12) (Gerritsen, Steverink, Ooms, Henrica, de Vet & Ribbe, 2007).

Die Studie von Hoe et al. (2009) analysierte die Veränderung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz in Pflegeheimen. Von insgesamt 192 Teilnehmerinnen absolvierten 70 die QoL-AD Skala in der ersten und in der follow-up Untersuchung. Diese wurden nach den Veränderungen bezüglich der Lebensqualität in drei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe hatte höhere Werte bei der follow-up Bewertung (29,8 zu 36,8), die zweite Gruppe zeigte keine Veränderung und die dritte hatte niedrigere Werte (36,0 zu 28,9). Höhere Werte bei der follow-up Studie waren verbunden mit geringeren Angst Symptomen ($p < 0,005$) und geringerer Lebensqualität bei der ersten Untersuchung ($p < 0,001$). Außerdem mit geringeren Werten bei Depression ($p < 0,005$) und Angst Symptomen ($p < 0,001$) in der follow-up Untersuchung. Bei der Lebensqualität bewertet durch das Pflegepersonal wurden höhere QoL Scores mit weniger depressiven Symptomen ($p < 0,01$), geringere kognitive Beeinträchtigung ($p < 0,01$), niedrigerer Lebensqualität bei der ersten Untersuchung ($p < 0,001$), geringere

Werte bei Depression und Angst Symptomen ($p < 0,001$) sowie weniger unerfüllte Bedürfnisse ($p < 0,006$) assoziiert. Niedrigere Bewertungen der Pflegepersonen waren verbunden mit einer erhöhten Abhängigkeit ($p < 0,001$), kognitiver Regression ($p < 0,01$) sowie erhöhte Verhaltensstörungen ($p < 0,001$) (Hoe, Hancock, Livingston, Woods, Challis & Orrell, 2009).

Lamoureux et al. (2009) untersuchten die Auswirkungen von Sehbeeinträchtigungen auf Depression und die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen. Von 76 Probanden hatten 46,4% eine beidseitige Sehbeeinträchtigung, 59% hatten mindestens eine geringe Kurzsichtigkeit und 16% waren von Symptomen betroffen, welche mit einer Depression einhergeht. Allerdings wurde Depression nicht mit Fehlsichtigkeit ($p > 0,05$) aber mit schlechteren Werten in 7 von 8 Subskalen der Lebensqualität assoziiert ($p < 0,05$). Diese 7 Subskalen waren: allgemeines Sehvermögen, Lesen, Hobbys, emotionales Wohlbefinden und soziale Interaktion (Lamoureux, Fenwick, Moore, Klaic, Borschmann & Hill, 2009).

Die Studie von Torvik et al. (2008) befasste sich mit dem Unterschied der Lebensqualität von 106 Bewohnerinnen im Pflegeheim mit und ohne Schmerzen. Vorab wurden die kognitiven Fähigkeiten mit Hilfe der Mini Mental State Examination erfasst. Für die weiteren Untersuchungen wurden nur Bewohnerinnen mit einem Score von 11 oder mehr herangezogen. Schmerz wurde mit einer Verbal Rating Scale mit vier Ausprägungen „no pain“, „mild pain“ und „moderate pain“ und „severe pain“ gemessen. Die Teilnehmerinnen welche keine Schmerzen hatten wurden der „no pain“ Gruppe zugeteilt, der Rest der Teilnehmerinnen stellte die „pain“ Gruppe dar. Um die Lebensqualität zu erfassen wurde der Dementia Quality of Life Fragebogen, bestehend aus 29 Items angewandt. Der Barthel Activities of Daily Living wurde herangezogen um den Grad der Eigenständigkeit im täglichen Leben zu messen. Weiters wurde die Medikation mit dem Anatomical Therapeutic Chemical System erfasst. Von den Teilnehmerinnen hatten 55% Schmerzen. Die Schmerzintensität gestaltete sich wie folgt: 55% „mild pain“, 29% „moderate pain“ und 16% „severe pain“. 77% hatten eine Diagnose verbunden mit Schmerz, die häufigsten waren: Schlaganfall 29%, Frakturen 19%, Arthritis und Myalgie 17%, Stenokardie 12,3% und Knie und

Hüftprothesen 12,3%. Nur 53% der „pain“ Gruppe erhielten Schmerz Medikation. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der „pain“ und „no pain“ Gruppe hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand, kognitiven Funktionen und der Eigenständigkeit im täglichen Leben. Eine Unterscheidung fand sich hinsichtlich der Medikation, Teilnehmerinnen der „pain“ Gruppe erhielten mehr Schmerzmedikation ($p < 0,05$). Ein Unterschied zwischen den zwei Gruppen hinsichtlich der Lebensqualität konnte in dem Bereich „negative affect“ festgestellt werden ($t = 3,17$; $p < 0,05$). Bei der Bewertung der allgemeinen Lebensqualität konnte hingegen kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($p < 0,23$) (Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen, 2008).

5.4 Physische Interventionen

Diese Gruppe besteht aus 8 Studien welche die Auswirkungen von Interventionen auf die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern untersucht. Die Interventionen basierten auf Bewegungsprogrammen oder sehr leichten sportlichen Aktivitäten.

Studiengüte

Von den analysierten Studien waren 5 quasi experimentell, bei 2 handelte es sich um randomisierte kontrollierte Studien (Dechamps, Diolez, Thiaudière, Tulon, Onifade, Vuong, Helmer & Bourdel-Marchasson, 2010; Kerse, Peri, Robinson, Wilkinson, von Randow, Kiata, Parsons, Latham, Parsons, Willingale & Brown, 2008) und die Studie von Stathi & Simey (2007) war qualitativ.

Populationen

Es nahmen zwischen 26 und 682 Personen teil wobei der überwiegende Anteil weiblich war. Die Altersspanne umfasste 65 bis 94 Jahre.

Chronische Krankheiten und Aufenthaltsdauer

In nur einer Studie wurden Angaben zu den häufigsten chronischen Erkrankungen gemacht. Diese waren: Osteoporose, Diabetes, Kolostomie, Atmenwegserkrankungen und Arthritis (Lobo, Santos, Carvalho & Mota, 2008). In zwei Studien wurden die durchschnittlichen MMSE Werte angegeben. Diese waren 19,98 (Dechamps, Onifade, Decamps, & Bourdel-Marchasson, 2009) und 17,3 (Dechamps, Diolez, Thiaudière, Tulon, Onifade, Vuong, Helmer & Bourdel-

Marchasson, 2010). In einer Studie wurden nur Personen der Pflegestufe 1 oder darunter in die Analyse eingeschlossen (Taguchi, Higaki, Inoue, Kimura & Tanaka, 2009). Bei einer weiteren Studie wurden Bewohnerinnen mit einem geringeren Wert als 21 Punkte bei der Revised Hasegawa's Dementia Scale ausgeschlossen (Takeuchi, Hatano & Yamasaki, 2011). In einer anderen Studie wurden intakte kognitive Fähigkeiten als Voraussetzung für die Teilnahme sowie die Anzahl von Komorbidität angegeben (2,5 - 4,8) (Lee, Lee & Woo, 2009). In zwei Studien wurden keine Angaben hinsichtlich chronischer Erkrankungen gemacht (Kerse et al., 2008; Stathi & Simey, 2007). Zur Aufenthaltsdauer wurde nur in einer Studie hingewiesen, diese war 1 bis 9,5 Jahre (Lobo et al., 2008). Ein Einschlusskriterium in der Studie von Dechamps et al. (2010) war eine Aufenthaltsdauer von mindestens 6 Monaten. In den restlichen Studien wurde kein Hinweis bezüglich der Aufenthaltsdauer gemacht.

Instrumente zur Datenerhebung

Folgende Instrumente kamen zur Anwendung: Mini Mental State Examination, SF12 (physical and mental health summary scores), Geriatric Depression Scale, Falls Efficacy Scale, Mini Nutritional Assessment, Activities of daily living, Hodgkinson's Mental Test, Elderly Mobility Scale, FICSIT-4 Balance Test, Fear of Falling Scale, Life Satisfaction Index, Euro Quality of Life Instrument, 12-Item Medical Outcome Study Short Form, State Self Esteem Scale, Satisfaction with the Nursing Home Instrument, Sit and Reach Test, Barthel Index, 36- Item Medical Outcome Study Short Form, BMI, MTI Actigraph, Instrumental Activities of daily living, Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence, Revised Hasegawa's Dementia Scale. Weiters wurden die physischen Funktionen wie zum Beispiel: die Gehdistanz, Gehgeschwindigkeit, Stärke der unteren Extremitäten, Schrittlänge und Balance erhoben. Es kamen des Weiteren semi-strukturierte Interviews zur Anwendung.

Ergebnisse

Dechamps et al. (2009) untersuchten den Effekt von einem cognition-action Programm (CA) und Tai Chi auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Personen in einer Pflegeeinrichtung. Die 52 Teilnehmer wurden eins zu eins randomisiert in eine der beiden Interventionsgruppen aufgeteilt. Die Intervention

dauerte 24 Wochen an und bestand entweder aus dem CA-Programm oder Tai Chi. Das CA-Programm wurde zweimal pro Woche für 30 min. durchgeführt und bestand aus Beinmuskelübungen, Stärkungsübungen für Bauch und Arme, Hand und Fußgelenksübungen, tiefe Bauchatmung und Entspannung. Der Leiter des Programms ermutigte die Teilnehmer mit Rücksicht auf die jeweiligen kognitiven Einschränkungen. Die Tai Chi Intervention wurde viermal pro Woche durchgeführt und bestand aus der adaptierten Tai Chi Version für ältere Personen. Darin enthalten waren Übungen betreffend die Koordination und des Körpergefühls. Der durchschnittliche MMSE Wert (19,98) blieb über die gesamte Zeit in beiden Gruppen gleich. In den zwei Subskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Physical (PCS) und Mental Health Summary (MCS) Scores) wurde eine signifikante Verbesserung in beiden Gruppen beobachtet ($p < 0,001$). Weiters wurde ein signifikant positiver Effekt bei der Falls Efficacy Scale und der Self Sale aufgezeigt ($p < 0,001$; $p < 0,01$). Ebenso konnte eine Verbesserung der Werte auf der Geriatric Depression Scale nachgewiesen werden ($p < 0,05$). Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen nachgewiesen. Außerdem gab es keine Abweichung der Ergebnisse in Bezug auf den kognitiven Status (Dechamps et al., 2009).

In der zweiten Studie von Dechamps et al. (2010) wurde untersucht inwieweit Übungsprogramme eine Verminderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern mit verminderten kognitiven Fähigkeiten verhindern. Dazu wurden 160 Teilnehmer randomisiert und entweder in die erste Interventionsgruppe, die zweite Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe zugeteilt. Die erste Interventionsgruppe bestand aus 51 Personen und beinhaltete ein Tai Chi Programm, welches viermal pro Woche für jeweils 30 min ausgeführt wurde. Die zweite Interventionsgruppe bestand aus 49 Personen, welche zweimal pro Woche für je 30 bis 45 min ein cognition-action (CA) Programm absolvierten. Die Kontrollgruppe bestand aus 60 Personen, welche wie gewohnt die normalen Pflegeleistungen erhielten. Bei beiden Interventionen wurde die Intensität an den jeweiligen Gesundheitszustand der Teilnehmer angepasst. Das Tai Chi Programm bestand aus Übungen betreffend der Körperwahrnehmung, Koordination, Ausrichtung des Körpers, bewusste Gewichtsverlagerung, Muskelstärkung sowie Atemübungen. Das CA Programm wurde gebildet aus einem 10 minütigen

Aufwärmen, verschiedene Übungen im Sitzen, Balance Übungen im Stehen sowie Atemübungen und Entspannung. Nach drei, sechs und zwölf Monaten wurde eine Messung durchgeführt. Von 160 Teilnehmern schlossen 146 die Interventionen ab und 135 absolvierten die Bewertung nach zwölf Monaten. In der Kontrollgruppe wurde eine Verschlechterung der Werte der ADL Scala im Vergleich zu der Tai Chi und der CA Gruppe beobachtet. Die Unterschiede waren aber nicht signifikant ($p=0,24$; $p=0,15$). Die Werte der Neuropsychiatric Inventory (NPI) wurden signifikant schlechter in der Kontrollgruppe, während sie in den Interventionsgruppen gleich blieben oder besser wurden. Die Unterschiede zwischen der CA Gruppe und der Kontrollgruppe war signifikant ($p>0,001$). Allerdings profitierten die Diagnosen der Subgruppen der NPI wie Demenz oder Psychosen nicht von den Interventionen. Nach sechs Monaten zeigte die Kontrollgruppe eine signifikante Verschlechterung bei dem timed up and go test ($p=0,03$), chair raise test ($p<0,001$) und der Gehgeschwindigkeit ($p<0,001$). Die Werte der Interventionsgruppen blieben gleich oder verbesserten sich. Nach zwölf Monaten verschlechterte sich in allen Gruppen die Gehgeschwindigkeit ($p<0,001$). Depressive Symptome waren nach sechs Monaten in allen Gruppen geringer ($p<0,001$) und blieben nach zwölf Monaten nur in den Interventionsgruppen konstant ($p<0,001$). Es waren keine Unterschiede bei den Hauptergebnissen zwischen den beiden Interventionsgruppen festzustellen (Dechamps et al., 2010).

Die randomisierte kontrollierte Studie von Kerse et al. (2008) erforschten den Einfluss eines Aktivitätsprogramms auf die körperliche Funktion, Stürze und die Lebensqualität bei Bewohnerninnen in der Langzeitpflege. Es wurden 682 Personen randomisiert und entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Intervention bestand aus einem Programm, welches auf den Aktivitäten des täglichen Lebens basierte, wie zum Beispiel von einem Stuhl aufstehen. Weiters wurden vorab Ziele formuliert, welche für die Bewohnerinnen von Bedeutung sein mussten und eine Verbesserung der körperlichen Funktionen beinhalten. Die Kontrollgruppe wurde von Forschern der Sozialwissenschaft besucht um die Aufmerksamkeit, welche die Interventionsgruppe erhielt auszugleichen. Von den Teilnehmern absolvierten 70% das sechs monatige Programm. Im Großen und Ganzen konnte kein Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Personen mit kognitiv

intakten Funktionen mögen eine Verbesserung der allgemeinen Funktionen und der Stärkung der unteren Extremitäten erfahren haben ($p=0,024$; $p=0,015$). Bei Personen mit kognitiven Einschränkungen stieg die Wahrscheinlichkeit einer Depression in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ($p=0,004$) (Kerse et al., 2008).

Lee, Lee & Woo (2009) untersuchten die Auswirkung von Tai Chi auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQOL) bei älteren Pflegeheimbewohnerinnen. Es wurden sechs Pflegeheime entweder in die Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Zwei Pflegeheime wurden als Interventionsgruppe klassifiziert, davon nahmen 66 Personen an der Studie teil. Die restlichen vier Heime bildeten mit 73 Personen die Kontrollgruppe. Die Intervention bestand aus einem Tai Chi Programm, welches dreimal die Woche für eine Stunde über 26 Wochen praktiziert wurde. Es wurden zu drei Zeitpunkten Messungen vorgenommen: vor der Intervention, nach 13 Wochen und nach 26 Wochen. Bei der ersten Messung gab es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei den Items „Zufriedenheit“ und der „psychischen Komponente“ ($p<0,05$; $p<0,01$). Personen der Kontrollgruppe waren mit dem Heim zufriedener und hatten bessere Ergebnisse bei der psychischen Lebensqualität. Diese Unterschiede wurden durch statistische Analysen kontrolliert. „Zufriedenheit“ war die einzige Variable mit einer signifikanten Korrelation mit der physischen und psychischen Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($p<0,01$) während allen drei Messzeiten. Daher wurde „Zufriedenheit“ als Kovariable angesehen. Physische Aktivität, Balance und Flexibilität hingegen hatten keinen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. In der Interventionsgruppe wurde innerhalb der 26 Wochen ein Anstieg des Selbstbewusstseins und der physischen sowie psychischen Komponenten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beobachtet ($p<0,05$) (Lee et al., 2009).

Die Studie von Lobo et al. (2008) beschäftigte sich mit der Auswirkung von physischer Aktivität auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei älteren Menschen in einer Pflegeeinrichtung. Die Teilnehmergruppe wurde homogenisiert, sodass der gesundheitliche Zustand annähernd gleich war. Das Instrument MIT Actigraph wurde sieben Tage lang verwendet um die tägliche Aktivität der

Probandinnen zu messen. Es wurde ein Beschleunigungsmesser der die Bewegungen pro Minute misst verwendet, welchen die Teilnehmerinnen am Körper trugen. Aufgrund dieser Ergebnisse wurden die Probandinnen in drei Gruppen eingeteilt: 1. „less active“, 2. „reasonable active“ und 3. „more active“. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen was Alter und die Aufenthaltsdauer betrifft. Männer hatten in allen drei Gruppen die meisten Bewegungen pro Minute, allerdings ist dieser Unterschied nur in der zweiten und dritten Gruppe signifikant ($p < 0,05$). Männer von der „less active“ Gruppe hatten einen signifikant höheren Body Mass Index. Die Gruppe „more active“ erzielte signifikant höhere Werte ($p < 0,05$) auf der Short Form 36-Item health survey, welche herangezogen wurde um die Lebensqualität zu messen. Besonders bei den Items „physical functioning“, „physical health“ und „vitality“ wurde ein positiver Zusammenhang aufgezeigt ($p = 0,05$). Ein negativer Zusammenhang hingegen zeigt sich bei dem Item „body pain perception“ ($p = 0,01$) (Lobo et al., 2008).

Stathi & Simey (2007) beschrieben die Erfahrungen von Pflegeheimbewohnerinnen bezüglich eines Bewegungsprogramms. Es wurden zwei Wochen vor der Intervention 14 Bewohnerinnen interviewt und das follow-up bestand aus 7 Interviews. Ein Einschlusskriterium war, dass die Teilnehmerinnen schon einmal gestürzt sind. Die sechs monatige Intervention bestand aus einem Bewegungsprogramm, welches einmal pro Woche für eine Stunde durchgeführt wurde. Die Interviews wurden codiert und anschließend in vier Kategorien unterteilt:

1. Erwartungen: Unabhängig sein und das tägliche Leben selbst gestalten zu können trägt zur Lebensqualität bei. Vor allem ältere Teilnehmerinnen hatten keine hohen Erwartungen an das Programm. Bessere körperliche Funktionen sowie eine gesteigerte Unabhängigkeit waren die Hauptgründe an der Intervention teilzunehmen.
2. Erleben von Stürzen: Das Erleben von Stürzen wurde negativ mit den körperlichen Fähigkeiten und der Mobilität assoziiert. Mehr noch wirkt sich ein Sturz negativ auf das Selbstvertrauen und den Glauben an die eigenen Fähigkeiten aus. Dies beeinflusst das tägliche Leben und die verminderten Fähigkeiten, sowie die Angst erneut zu stürzen resultiert in einer Reduzierung der Aktivitäten.
3. Schwierigkeiten mit dem Programm: Viele Personen hatten Angst während des Programms zu stürzen. Vor allem wenn sie das Gefühl hatten, dass der Übungsleiter nicht auf ihre Bedürfnisse eingeht. Die gebotene Abwechslung

des Programms wurde positiv gesehen. 4. Der Nutzen des Programms: Es wurde von großen Verbesserungen der Lebensqualität durch bessere Mobilität, reduzierte Angst vor Stürzen und dem Gefühl erfolgreich zu sein, berichtet. Auch die Tatsache aktiver zu sein, andere Menschen zu treffen und etwas für sich zu tun wurde positiv bewertet. Erfolgreiche Erfahrungen wirkten wie ein Motor für das Selbstvertrauen der Bewohnerinnen (Stathi & Simey, 2007).

Taguchi et al. (2009) untersuchten den Effekt eines Übungsprogramms auf die physische Leistung, tägliche physische Aktivitäten und die Lebensqualität bei älteren Bewohnern mit geringfügigen Einschränkungen. Die Teilnehmerinnen wurden nicht randomisiert und es wurde eine Interventionsgruppe mit 31 Personen und eine Kontrollgruppe mit 34 Personen gebildet. Die Interventionsgruppe nahm zwölf Monate an einem Programm einmal die Woche für 90 min teil. Zusätzlich wurden an sechs Tagen, anhand eines Handouts Übungen alleine für 10 min durchgeführt. Der Kern des Programms war: Flexibilität, Muskelstärke, Balance und Gymnastik. Von den 31 Personen der Interventionsgruppe beendeten 25 das Programm und 28 Personen der Kontrollgruppe nahmen am follow-up teil. Die physische Leistungsfähigkeit, die Stärke der unteren Extremitäten und die Werte des „sit and reach test“ verbesserten sich signifikant in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Bei der Kontrollgruppe kam es zu einer signifikanten Reduzierung der Greifstärke, der Gehdistanz und Geschwindigkeit sowie der Schrittlänge ($p=0,05$). Es konnte im Bezug auf die Lebensqualität kein Unterschied festgestellt werden, außer bei der Falls Efficacy Scala. Hier war geringfügiger Unterschied zwischen den Gruppen zu beobachten ($p=0,06$) (Taguchi et al., 2009).

In der Studie von Takeuchi et al. (2011) wurde der Einfluss von zwei verschiedenen Interventionen auf die Lebensqualität und die Aktivitäten des täglichen Lebens bei älteren Bewohnerinnen untersucht. Die Interventionen dauerten vier Monate und einmal im Monat wurden die Daten erhoben. Die erste Interventionsgruppe bestand aus 14 Personen, welche an einer individuellen Physiotherapie und einem Walking Programm teilnahmen. Die zweite Interventionsgruppe bestand aus 12 Personen, die nur eine Physiotherapie erhielten. Die Physiotherapie enthielt ein Training der unteren Extremitäten,

Balanceübungen und ein Gehtraining. Die Übungen wurden an die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen angepasst. Die Physiotherapie wurde zweimal pro Woche für 20 min durchgeführt. Für die erste Gruppe wurde ab dem zweiten Monat die Anzahl der Physiotherapie auf einmal die Woche reduziert. Dafür wurde ein Walking Programm, einmal die Woche für 20 min ergänzt. Bei beiden Messinstrumenten, betreffend der Lebensqualität konnte ein Einfluss zwischen den Gruppen beobachtet werden. Bei dem Life Satisfaction Index A wurde eine signifikante Veränderung, innerhalb der vier Messzeiten bei der Walking Gruppe beobachtet ($p < 0,05$). Auch bei der Philadelphia Geriatric Center Morale Scale wurde eine signifikante Veränderung, innerhalb der vier Messzeiten bei der Walking Gruppe beobachtet ($p < 0,01$). Es wurde bei beiden Gruppen kein Einfluss auf die physischen Funktionen und die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt (Takeuchi et al., 2011).

5.5 Andere Interventionen

Diese Gruppe besteht aus 6 Studien, welche den Effekt von unterschiedlichen Interventionen auf die Lebensqualität bei Pflegebewohnerinnen untersuchten.

Studiengüte

Es handelt sich dabei um 3 randomisierte kontrollierte Studien (Nijs, de Graaf, Kok & van Straveren, 2006; Rondanelli, Giacosa, Opizzi, Pelucchi, Vecchia, Montorfano, Negroni, Berra, Politi & Rizzo, 2010; Rondanelli, Opizzi, Antoniello, Boschi, Iadarola, Pasini, Aquilani & Dioguardi, 2011) und 3 quasi experimentelle Studien (Falk, Wijk & Persson, 2008; Naito, Kato, Fujii, Ozeki, Yokoyama, Hamajima & Saitoh, 2009; Owsley, McGwin, Scilley, Meek, Seker & Dyer, 2007).

Population

Es nahmen zwischen 25 und 128 Personen an den Studien teil. Die Teilnehmerinnen waren zwischen 66 und 94 Jahren alt und überwiegend weiblich.

Chronische Erkrankungen und Aufenthaltsdauer

Keine der Studien machte genaue Angaben hinsichtlich chronischer Erkrankungen. Fünf Studien machten Angaben zu den Ausschlusskriterien, betreffend chronischer Erkrankungen oder Symptomen. Aus der Untersuchung

ausgeschlossen wurden Personen mit: psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, bipolare Störungen etc.), Schilddrüsenerkrankung, Niereninsuffizienz, künstliche Ernährung und MMSE Wert kleiner als 13 (Falk et al., 2008; Nijs et al., 2006); Owsley et al., 2007; Rondanelli et al. 2010; Rondanelli et al., 2011). Naito et al. (2009) gaben lediglich die Anzahl der chronischen Erkrankungen in der Population an (0 bis 1,7). Drei Studien machten Angaben zur Aufenthaltsdauer, wobei diese bei 1,5 bis 9,4 Jahren lag (Naito et al., 2009; Nijs et al., 2006; Owsley et al. 2007). Rondanelli et al. (2010) und Rondanelli et al. (2011) gaben lediglich eine Aufenthaltsdauer von 3 Monaten oder mehr als Einschlusskriterium an. In der Untersuchung von Falk et al. (2008) wurde keine Aussage gemacht.

Instrumente zur Datenerfassung

Folgende Instrumente wurden verwendet: Mini Mental State Examination, Quality of Life in late-stage Dementia, Patient Mood Assessment Scale, General Behaviour Assessment Scale, General Oral Health Assessment Index, Funktional Independence Measure, Quality of Life of Somatic Nursing Home Residents Questionnaire, Nursing Home Physical Performance Test, Lighthouse Distance Visual Acuity Test, Lighthouse Near Visual acuity Test, Nursing Home vision-targeted Health related Quality of Life, Geriatric Depression Scale, VF-14, Short form 36-Item Health Survey, Mini Nutritional Assessment, Activities of Daily Living und BMI. Zusätzlich wurden Interviews und Fragebögen verwendet. In zwei Studien wurden Blutproben genommen (Rondanelli et al., 2010; Rondanelli et al., 2011).

Ergebnisse

Falk et al. (2008) untersuchten die Auswirkung einer Modernisierung bzw. Renovierung des Pflegeheims auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden bei den Bewohnern. Es wurden drei Pflegeheime in die Analyse miteinbezogen. Heim A und B wurden über drei Monate renoviert bzw. modernisiert. Heim C stellte die Kontrollgruppe dar. In den Heimen A und B nahmen 41 Personen und in dem Heim C 71 Personen an der Untersuchung teil. In den Heimen A und B wurden Räume neu gestrichen, Böden ohne Muster verlegt, Türschwellen abgebaut etc. Bei der Datenerhebung zu Beginn waren die MMSE Werte in der Kontrollgruppe

höher ($p=0,05$). Unterschiede wurden zwischen den Gruppen hinsichtlich der Lebensqualität ($p=0,007$) und des Wohlbefindens ($p=0,02$ bzw. $p=0,01$) gefunden. Diese Ergebnisse deuten auf eine Verschlechterung in der Gruppe A und B hin. Bei der Datenerhebung durch Interviews gaben die Bewohner an von der Modernisierung nicht beeinflusst zu werden (Falk et al., 2008).

In der Studie von Naito et al. (2009) wurde die Auswirkung von zahnmedizinischen Behandlungen auf die Lebensqualität und die Aktivitäten des täglichen Lebens untersucht. Die 25 Teilnehmerinnen wurden entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. In der Interventionsgruppe erhielten 11 Personen über sechs Wochen zahnmedizinische Behandlungen. Die 14 Personen der Kontrollgruppe wurden nicht behandelt. Nach sechs Wochen wurde in der Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung bei den Werten der General Oral Health Assessment Index Skala festgestellt ($p=0,04$). Bei der Kontrollgruppe fand sich kein Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Messung. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen waren signifikant ($p<0,05$). Bei der Skala Funktional Independence Measure wurde eine Verbesserung in dem Item „expression“ bei der Interventionsgruppe beobachtet. Es gab keine Veränderung in der Kontrollgruppe, jedoch waren die Unterschiede zwischen den Gruppen signifikant ($p=0,03$). (Naito et al., 2009).

Die randomisierte kontrollierte Studie von Nijs et al. (2006) untersuchte welchen Effekt familiär gestaltete Essenszeiten auf die Lebensqualität sowie körperliche Leistung und Gewicht bei Pflegeheimbewohnerinnen hatten. In jedem teilnehmenden Pflegeheim wurden zwei Abteilungen ausgewählt und die Kontrollgruppe oder Interventionsgruppe zugeordnet. Über sechs Monate wurden die Mahlzeiten der Bewohnerinnen der Interventionsgruppe familiär gestaltet während die Kontrollgruppe das gleiche Essen bekam aber ohne die familiäre Gestaltung. Die Intervention umfasste die Bereiche „table dressing“, „food services“, „staff protocol“, „resident's protocol“ und „mealtime protocol“. Die Lebensqualität wurde mit Interviews, in denen der Quality of Life of somatic nursing home residents Fragebogen verwendet wurde, erhoben. Weiters wurden die Probandinnen gewogen und der nursing home physical performance test kam zur Anwendung. Der Unterschied der Messung der Lebensqualität zwischen den

beiden Gruppen war signifikant (6,1 $p < 0,05$; Konfidenzintervall: 2,1 bis 10,3). Die Interventionsgruppe blieb stabil (0,4; -1,8 bis 2,5) während die Werte der Kontrollgruppe rückläufig waren (-5,0; -9,5 bis -0,6). Außerdem war ein signifikanter Unterschied bei den Items „physical functioning“ (5,1; 0,8 bis 9,4), „psychosocial functioning“ (7,3; 1,6 bis 13,1) und „perceived safety“ (16,6; 4,3 bis 28,9) der Quality of Life Subskalen festzustellen. Bei der Entwicklung in den zwei Gruppen für die Items „sensory functioning“ (3,6; -1,7 bis 8,9) und „perceived autonomy“ (2,1; -1,4 bis 5,7) fand sich kein Unterschied. In der Interventionsgruppe blieben die Werte für „physical performance“ stabil (0,2; -2,3 bis 2,7) wobei der Wert in der Kontrollgruppe rückläufig war (-2,2; -4,1 bis -0,4). Bei der Subskala „fine motor function“ ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen feststellen (1,8; 0,6 bis 3,0). Wohingegen sich kein Unterschied bei der Subskala „gross motor function“ feststellen ließ (1,3; -0,6 bis 3,3). Das durchschnittliche Gewicht blieb relativ stabil in der Interventionsgruppe (0,5 kg; -0,3 bis 1,2 kg) reduzierte sich aber in der Kontrollgruppe (-1,1 kg; -1,9 bis -0,2 kg). Die Unterschiede hinsichtlich des Gewichts in beiden Gruppen waren signifikant (1,5 kg; 0,6 bis 2,4kg) (Nijs et al., 2006).

Owsley et al. (2007) untersuchten anhand von 45 Personen die Auswirkung einer Kataraktoperation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Teilnehmerinnen der OP Gruppe ($n=30$) wurden mit anderen Bewohnerinnen verglichen welche sich keiner OP unterzogen ($n=15$). Sowohl die Sehschärfe in der Nähe und in der Distanz als auch die Kontrastsensitivität steigerte sich in der OP Gruppe ($p < 0,001$). Es fanden sich signifikante Unterschiede in den Subskalen der Nursing Home Vision-targeted Health related Quality of Life. Die Abweichungen fanden sich bei dem generellen Sehvermögen ($p=0,005$), Lesen ($p=0,001$), psychischen Belastungen ($p=0,015$) und sozialer Interaktion ($p=0,033$). Sowohl bei der Geriatric Depression Scale als auch bei der SF-36 Skala gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Owsley et al., 2007).

Die randomisierte kontrollierte Studie von Rondanelli et al. (2010) untersuchte den Effekt von Omega 3-Fettsäuren auf die gesundheitsbezogenen Lebensqualität und depressiven Symptomen bei Bewohnerinnen mit Depression. Die Interventionsgruppe bestand aus 22 Frauen, die über acht Wochen Omega 3-

Fettsäuren verabreicht bekamen. Die Kontrollgruppe wurde durch 24 Frauen gebildet, welche ein Placebo erhielten. Es wurden zu Beginn keine Unterschiede zwischen den Gruppen bei der Geriatric Depression Scale (GDS) festgestellt. (Interventionsgruppe: $GDS > 11 = 95\%$, Kontrollgruppe: $GDS > 11 = 87,5\%$) In der Interventionsgruppe war der GDS Wert nach acht Wochen signifikant geringer ($p < 0,017$) ($GDS < 11 = 40,9\%$). Die Analyse zeigte weiters einen signifikanten Unterschied, der Werte der SF-36 Skala, zwischen den Gruppen ($p < 0,001$) (Rondanelli et al., 2010).

Eine weitere randomisierte kontrollierte Studie von Rondanelli et al. (2011) untersuchte die Auswirkung von Nahrungsmittelergänzungen mit Aminosäuren auf die Lebensqualität, bei älteren Pflegeheimbewohnerinnen. In der Interventionsgruppe erhielten 20 Personen zweimal täglich eine Nahrungsmittelergänzung mit Aminosäuren. Die Kontrollgruppe bestand aus 21 Personen, welche ein Placebo erhielten. Die Intervention wurde über acht Wochen durchgeführt. Verglichen mit der Placebogruppe gab es in der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen bei: Mini Nutritional Assessment ($p < 0,04$), Geriatric Depression Scale ($p < 0,001$), Hand Grip ($p = 0,001$), Activities of Daily Living ($p < 0,04$) und SF-36 ($p < 0,002$).

5.6 Sichtweise der Pflegepersonen und Angehörigen

Diese Gruppe besteht aus 3 Studien in denen unter anderem die Sichtweise von Pflegepersonen auf die Lebensqualität bei Bewohnern einer Pflegeeinrichtung untersucht wurde.

Studiengüte

Bei den Studien handelt es sich um 2 qualitative Studien (Kane, Rockwood, Hyer, Desjardins, Brassard, Gessert, Kane & Mueller, 2006; Robichaud, Durand, Bédard & Ouellet, 2006) und eine nicht experimentelle Studie (Hoe, Hancock, Livingston & Orrell, 2006). Bei allen dreien handelt es sich um Querschnittstudien, deren Daten prospektiv verarbeitet wurden.

Populationen

An den Studien nahmen zwischen 19 und 238 Bewohnern teil, wobei der überwiegende Anteil weiblich war. Das durchschnittliche Alter lag zwischen 82,5 und 86,5 Jahren (Hoe et al., 2006; Robichaud et al., 2006). Des Weiteren nahmen zwischen 192 und 224 Personen des Gesundheitswesens und 8 Angehörige an den Untersuchungen teil.

Chronische Erkrankungen und Aufenthaltsdauer

In der Studie von Robichaud et al. (2006) waren von 19 Bewohnerinnen 5 an Demenz erkrankt. Bei der Untersuchung von Hoe et al. (2006) lag der Durchschnittswert der Clinical Dementia Rating Skala bei 2,2 (0 geringe – 3 schwere Demenz). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei Hoe et al. (2006) bei 33,5 Monaten. Bei Robichaud et al. (2006) waren 11 Personen kürzer und 8 Personen länger als 6 Monate im Pflegeheim. In der dritten Studie nahmen ausschließlich Personen des Pflegepersonals teil, daher gibt es keine Angaben zur Aufenthaltsdauer oder chronischen Erkrankungen (Kane et al., 2006).

Instrumente der Datenerhebung

Folgende Instrumente wurden verwendet: Quality of Life in Alzheimer's Disease, Mini Mental State Examination, Clinical Dementia Rating, Cornell Scale for Depression in Dementia, Rating Anxiety in Dementia, Camberwell Assessment of Need for the Elderly, Challenging Behaviour Scale, Clifton Assessment Procedures for the Elderly, Barthel Index. Weiters wurden semistrukturierte Interviews und Fragebögen angewendet.

Ergebnisse

Hoe et al. (2006) untersuchten die Sichtweise von Bewohnerinnen und dem Pflegepersonal hinsichtlich der Lebensqualität und versuchten Faktoren die mit der Bewertung der Lebensqualität einhergehen zu identifizieren. 238 Bewohnerinnen und 238 Pflegepersonen nahmen an der Studie teil aber nur 123 (52%) Bewohnerinnen und 224 (94%) Pflegepersonen bewerteten die Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD). In die weitere Analyse wurden nur jene Bewohnerinnen miteinbezogen für die es die eine abgeschlossene QoL-AD. Nur jene Bewohnerinnen (n=119) für die eine selbst bewertete QoL-AD Skala und

eine vom Pflegepersonal bewertete Skala vorhanden war, wurden weiter untersucht. Die höhere Bewertung der QoL seitens der Bewohnerinnen, korrelierte signifikant mit geringerer depressiver Stimmung, weniger Angst, weniger unbefriedigte Bedürfnisse und mehr kognitiven Beeinträchtigungen.

Bei der Bewertung seitens des Pflegepersonals waren hohe QoL Werte mit geringeren physischen und kognitiven Einschränkungen, geringere depressiver Stimmung, weniger Angst und weniger unerfüllte Bedürfnisse verbunden. Eine weitere Analyse zeigte die starke Verbindung zwischen den Werten des Pflegepersonals und der Lebensqualität sowie die Abhängigkeit der Bewohnerinnen. Es fanden sich signifikante Korrelationen bei: CAPE-BRS (-0,47, $p < 0,001$); Barthel (0,36, $p < 0,001$); CDR (-0,32, $p < 0,001$); CBS (-0,28, $p < 0,001$), MMSE (0,27, $p < 0,001$); RAID (-0,25, $p < 0,001$) und bei dem Item „unerfüllte Bedürfnisse“ (-0,30, $p < 0,001$).

Eine Studie von Kane et al. (2006) untersuchte die Meinung von Personen im Pflegebereich hinsichtlich ihrer Möglichkeit die Lebensqualität von Bewohnern im Pflegeheim zu beeinflussen. Diese Personen waren Krankenschwestern (RN), Krankenpflegerinnen (LPN), Krankenpflegehelferinnen (CNA), Ärzte (MD), Sozialarbeiterinnen (SW) und Bewegungstherapeuten (AT). Auch bei dieser Untersuchung wurden zwei verschiedene hypothetische Fälle bewertet. Der erste Bewohnertyp war physisch beeinträchtigt und kognitiv gesund der zweite war physisch gesund und kognitiv beeinträchtigt. Bei beiden Fällen schätzten Krankenpflegehelferinnen ihre Fähigkeit die Lebensqualität zu beeinflussen höher ein als andere Teilnehmerinnen. Krankenpflegerinnen werteten ihre Fähigkeiten die Lebensqualität zu beeinflussen am zweit höchsten. Beim Vergleich zwischen Krankenpflegehelferinnen und Ärzten zeigte sich, dass alle Items von Ärzten niedriger bewertet wurden, mit Ausnahme der zwei Items „Pain“ und „Discomfort“. Auch Sozialarbeiterinnen und Bewegungstherapeuten schätzen ihren Einfluss auf die Lebensqualität niedriger ein als Krankenpflegehelferinnen. Bei insgesamt 11 von 17 Items wurde die Fähigkeit die Lebensqualität bei Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen niedriger bewertet als bei physischer Beeinträchtigung ($p < 0,05$). Die Bewertung der Möglichkeit die Lebensqualität zu beeinflussen korrelierte mit der Einstellung und Annahmen über Pflegeheime von den Teilnehmerinnen ($p < 0,05$)

Robichaud et al. (2006) untersuchten welche interpersonale- und Umgebungsmerkmale für eine bestmögliche Lebensumwelt von Bedeutung sind. Dazu wurden sowohl die Bewohner der Institutionen als auch Angehörige befragt. Von den 11 Q.o.L. Indikatoren welche von den Teilnehmerinnen identifiziert wurden waren die drei wichtigsten: 1. mit Respekt behandelt werden, 2. Beteiligung an Beziehungen und 3. Kompetenz der Pflegekräfte. Die Priorität der Bewohner lag bei der Beteiligung an den Beziehungen wobei die Priorität der Angehörigen in der Lebensumwelt lag. Angehörige betonten die hilfreiche Pflege, Respekt und Kompetenzen sowie die Verfügbarkeit des Personals. Bewohnerinnen erwähnten die Möglichkeit schöne Momente zu teilen, Teil der Gruppe zu sein, sich um andere zu kümmern und respektvoll miteinander umgehen (Robichaud et al., 2006).

6. Diskussion

Ziel der systematischen Literaturarbeit war ein Zusammentragen von Studien, die sich mit der Lebensqualität von älteren Menschen in einer Pflegeinstitutionen und die Maßnahmen diese zu verbessern befassen. Es wurden 33 Studien identifiziert, die für die Forschungsfragen als relevant erachtet wurden. Im folgenden Kapitel sollen die Forschungsfragen anhand der gefundenen Literatur beantwortet werden.

6.1 Diskussion der gefundene Resultate

Subjektive Lebensqualität

Es zeigt sich, dass Lebensqualität ein multidimensionales Phänomen ist, welches von vielen Faktoren beeinflusst wird. Der Hydrationszustand, Stürze und Depressionen haben einen negativen Effekt auf die Lebensqualität, bei älteren Menschen im Pflegeheim (Courtney et al., 2009). Vor allem die Erfahrung zu stürzen hat nicht nur eine Auswirkung auf die physische, sondern auch auf die psychische Lebensqualität (Courtney et al., 2009; Kato et al., 2008). Für die Bewohner ist deshalb die Erhaltung der physischen Funktionen oder eine Verbesserung dieser von größter Wichtigkeit. Auch wenn durch das gesteigerte Alter und chronischen Erkrankungen sich die Verbesserung von körperlichen Funktionen schwierig gestaltet (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007; Kato et al., 2008). Neben der physischen Komponente spielt auch das psychische und spirituelle Wohlbefinden eine große Rolle für die Lebensqualität. Für die subjektive Lebensqualität ist es wichtig sich in der Pflegeeinrichtung „sicher zu fühlen“. Das Gefühl von Sicherheit wird nicht nur durch eine geeignete Umgebung sondern auch durch das Erleben einer individuellen und persönlichen Betreuung gestärkt (Burack et al., 2012; Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). Auch die Gestaltung von Mahlzeiten und eine positive Erfahrungen im Umgang mit Essen, im Pflegeheim kann das Gefühl von Sicherheit und damit auch die Lebensqualität stärken (Burack et al., 2012; Carrier et al., 2009). Mahlzeiten, die sich von der Ausführung an einem Buffet orientieren und der häufige Wechsel von angebotenen Speisen wirkten sich positiv auf die Lebensqualität aus. Weiters wurde der Einsatz von speziellen Menüs für Patienten mit Diabetes und anderen Krankheiten positiv bewertet. Diesen Bewohnern wurde das Gefühl vermittelt, dass auf ihre

individuellen Bedürfnisse Rücksicht genommen wurde und erhöhte deshalb die subjektive Lebensqualität. Auch die Möglichkeit zwischen den Mahlzeiten essen zu können und die damit verbundene Autonomie, hatten einen Effekt auf die Lebensqualität. Der Einsatz von Porzellan, anstatt Plastik kann die Lebensqualität beeinflussen, da den Bewohnern das Gefühl von „zu hause sein“ besser vermittelt wurde. Dieser Effekt wurde nicht bei Personen mit kognitiven Einschränkungen nachgewiesen, da ihnen möglicherweise weniger bewusst ist welche Arten von Geschirr bei einer Mahlzeit verwendet werden (Carrier et al., 2009). Privatsphäre und die Möglichkeit sich zurückziehen zu können waren ebenfalls Einflussfaktoren auf das Gefühl „zu hause sein“. In Heimen in denen keine Einzelzimmer zur Verfügung stehen, könnte es sinnvoll sein Zimmer einzurichten, in denen Bewohner ihren Besuch empfangen und sich auch alleine zurückziehen können (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). Der Kontakt zur Familie sowie die Teilnahme an sinnvollen Aktivitäten können Ressourcen für eine Verbesserung der Lebensqualität darstellen. Pflegepersonen können diese unterstützen und zur Teilnahme an Aktivitäten motivieren sowie den Kontakt zu Angehörigen unterstützen (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). Die soziale Umgebung stellt auch einen Einflussfaktor auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern dar. Bewohner ohne kognitiven Einschränkungen können das auffällige Verhalten von Bewohnern mit Einschränkungen oftmals als verstörend empfinden. Daraus kann wiederum der Wunsch nach Rückzug und die damit verbundene Privatsphäre entstehen (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). Eine individuelle, bedürfnisorientierte und selbst bestimmte Pflege kann zu einer großen Verbesserung der Lebensqualität führen. Für die Bewohnerinnen ist es wichtig als Mensch wahrgenommen zu werden und mit Würde gepflegt zu werden. Weiters kann ein optimaler Gesundheitszustand helfen die Lebensqualität von Bewohnerinnen einer Pflegeeinrichtung zu verbessern. Pflegepersonen können durch eine hohe Pflegequalität den Gesundheitszustand erhöhen und damit einen Beitrag zur Erhaltung und Steigerung der Lebensqualität der Bewohnerinnen leisten. Indem Pflegepersonen ihren Patientinnen die Pflegehandlung erklären und mit einbeziehen, kann die Patientin einen würdevollen Umgang erleben. Diese Unterstützung der Würde der Bewohnerinnen stellt eine Basis für eine vertrauensvolle Beziehung dar (Burack et al., 2012; Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007; Tu et al., 2006).

In der Studie von Degenholz et al. (2006) konnten 91% der unterschiedlichen Bewertungen der Lebensqualität auf die Unterschiede zwischen den Bewohnerinnen zurückgeführt werden. Nur 9% wurden mit den Unterschieden in den Pflegeeinrichtungen erklärt. Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, dass Pflegeeinrichtungen nur eine geringe Möglichkeit haben um die Lebensqualität zu verbessern. Allerdings wurden auch in Pflegeheimen mit geringer Lebensqualität Bewohnerinnen mit überdurchschnittlich hohen Ergebnissen und umgekehrt entdeckt. Dies lässt vermuten, dass Pflegeheime einen potenziellen Einfluss auf die Lebensqualität eines einzelnen haben. Um die Lebensqualität bei Bewohnern in der Langzeitpflege zu erheben, müssen adäquate Instrumente verwendet werden, wobei die Messung externer Faktoren dabei offensichtlich nicht ausreicht (Degenholz et al., 2006).

Lebensqualität und chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen sowie deren Begleitsymptome haben einen großen Einfluss auf die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen. Schmerzen beeinflussen die körperlichen Funktionen und damit die Autonomie. Eine verminderte Autonomie kann wiederum zu einer geringeren Lebensqualität führen (Asghari et al., 2006). Weiters können körperliche Funktionen, die durch Schmerz negativ beeinflusst werden mit einer geringeren Würde der Bewohnerinnen einhergehen (Degenholz et al., 2008). Schmerz stellt ein großes Problem bei Patientinnen im Pflegeheim dar. Die Stimmungslage wird negativ beeinflusst und damit möglicherweise auch die Lebensqualität von Betroffenen (Torvik et al., 2008). Allerdings wird in der Studie von Torvik et al. (2008) darauf hingewiesen, dass 73% der Bewohnerinnen mit einer Diagnose, welche mit Schmerzen einhergeht, von keinen Schmerzen berichteten. Dies lässt vermuten, dass es eine ausreichende Schmerzmedikation gibt (Torvik et al. (2008). Depressionen sowie depressive Symptome stellen ebenfalls negative Einflussfaktoren dar. Ein Anstieg von depressiven Symptomen war mit einem Abfall in den Bereichen Wohlbefinden, Freude am Essen und bedeutsame Aktivitäten verbunden. Wohingegen eine Verbesserung der depressiven Symptome mit einer gesteigerten Freude am Essen zu beobachten war (Degenholz et al., 2008). Ein höherer Wert bei Instrumenten, welche Depressionen messen, war verbunden mit einer niedrigeren Bewertung der Lebensqualität (Asghari et al., 2006; Hoe et al.,

2009). Eine Verschlechterung der Stimmungslage und des kognitiven Zustandes bei Patientinnen mit Demenz kann zu einer Reduzierung der Lebensqualität führen. Die Stimmungslage ist verbunden mit dem subjektiven Wohlbefinden, Freude, Selbstwertgefühl und der allgemeinen Zufriedenheit. Alle diese Bereiche wirken auch auf die Lebensqualität ein (Hoe et al, 2009). In der Studie von Cahill et al. (2011) wurde berichtet, dass Patientinnen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen oft über Einsamkeit klagten, im Vergleich zu Patientinnen mit mäßigen oder mittleren Einschränkungen. Weiters wurde für die Gruppe von Patientinnen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen, von einem Mangel an sozialen Beziehungen berichtet, sowie dem Bedürfnis nach Sicherheit (Cahill et al., 2011). Hier könnten soziale Beziehungen ein Schlüsselement darstellen um die Lebensqualität in dieser Population zu stärken (Cahill et al., 2011; Hoe et al., 2009). Degenholz et al. (2008) zeigen, dass die Prävalenz von Dekubitus zu einer verminderten physischen Funktion und damit einer geringeren Lebensqualität führt (Degenholz et al., (2008). Du Beau et al. (2006) gaben an, dass Inkontinenz die Lebensqualität bei Bewohnerinnen mit kognitiven und funktionalen Einschränkungen verschlechtert. Eine neu auftretende oder verschlechterte Inkontinenz übertraf kognitive und physische Rückschritte, hinsichtlich einer Prognose für verminderte Lebensqualität (Du Beau et al., 2006). Auch Aslan et al. (2009) zeigten, dass Inkontinenz einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität, speziell bei Frauen hat. Dabei war vor allem die Dranginkontinenz, im Vergleich zur Stress- oder Mischinkontinenz ein negativer Einflussfaktor. Ebenso wurde eine schlechtere Lebensqualität mit dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung assoziiert (Aslan et al., 2008). In der Untersuchung von Lamoureux et al. (2009) wurde berichtet, dass Fehlsichtigkeit verschiedene Aspekte der Lebensqualität negativ beeinflusst. Die Aspekte, welche am meisten beeinflusst wurden waren: das allgemeine Sehvermögen, Lesen, Hobbys, emotionales Wohlbefinden und soziale Interaktion (Lamoureux et al., 2009). Sinnvolle Aktivitäten die Freude machen sowie das Wahren von Privatsphäre wirkten sich ebenfalls positiv auf die Lebensqualität aus. Aktivitäten wurden vor allem von Personen mit mäßigen bis mittleren kognitiven Einschränkungen positiv bewertet. Als wichtig wurde auch die Möglichkeit nach draußen gehen zu können genannt. Personen mit schweren kognitiven Fähigkeiten waren an Aktivitäten nicht interessiert. Für diese Gruppe waren momentane Freuden, wie zum Beispiel eine Tasse Tee oder ein Eis

wichtig. Diese Informationen sollten von Pflegepersonen verwendet werden um die Lebensqualität in dieser Population zu stärken (Cahill et al., 2011). Weiters stellen soziale Beziehungen einen Einflusswert auf die subjektive Lebensqualität dar. In der Pflegeeinrichtung Anschluss zu finden und in die Umgebung eingebunden zu sein kann das Gefühl von „zu hause sein“ stärken. Auch die Beziehung und der Kontakt zur Familie beeinflusst positiv die Lebensqualität und sollte vom Pflegepersonal gefördert werden (Cahill et al., 2011; Hoe et al., 2009). Um die Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Erkrankungen zu messen gibt es eine Vielzahl an Instrumenten. Bei Degenholz et al. (2008) konnte festgestellt werden, dass es eine Verbindung von dem Gesundheitsstatus der Patientinnen und der Lebensqualität gibt. Allerdings war die Verbindung nicht stark und deckt sich mit anderen Studienergebnissen, in denen Bewohnerinnen mit schlechtem Gesundheitsstatus von einer relativ hohen Lebensqualität berichteten. Dies kann ein Schutzprozess sein, um mit eigenen verminderten Fähigkeiten und den Einschränkungen in den Pflegeeinrichtungen umzugehen. Nichts desto trotz sollte die Beziehung zwischen dem Gesundheitszustand von Patientinnen und der Lebensqualität genauer untersucht werden (Degenholz et al., 2008). In der Studie von Gerritsen et al. (2007) wurde festgestellt, dass die Erhebung der Lebensqualität mittels Selbsteinschätzung bei schwer kognitiv beeinträchtigten Personen möglicherweise nicht möglich ist, da nur ein Zusammenhang der Skalen mit der Lebensqualität entdeckt werden konnte. Bei zwei anderen Gruppen mit einer niedrigeren Beeinträchtigung war der Zusammenhang signifikant. Das lässt vermuten, dass der Grad der kognitiven Beeinträchtigung einen Einfluss auf die Validität der Selbsteinschätzungs-Skalen hat (Gerritsen et al., 2007). Im Unterschied dazu, weisen Cahill et al. (2011) darauf hin, dass auch Personen mit fortgeschrittener Demenz ihre Sichtweise auf die subjektive Lebensqualität mitteilen können, da nur 5 von 28 Personen ausgeschlossen wurden (Cahill et al., 2011). Der Vollständigkeit halber sollte angemerkt werden, dass in dieser Studie keine quantitativen Skalen sondern nur Interviews verwendet wurden.

Lebensqualität und physische Interventionen

Interventionen, die verschiedene Bewegungsprogramme beinhalteten, waren generell von Nutzen für die Lebensqualität bei älteren Pflegeheimbewohnerinnen. Der Einsatz von Tai Chi und cognition-action (CA) Programmen hatte den gleichen Nutzen für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. (Dechamps et al., 2009; Deschamps et al., 2010). Weiters wurde eine Verbesserung von depressiven Symptomen und der Angst bei Aktivitäten des täglichen Lebens zu stürzen erreicht. Sowohl Tai Chi als auch CA hatten einen positiven Effekt auf das Selbstwertgefühl der Bewohnerinnen. Die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität war unabhängig von dem kognitiven Status (Deschamps et al., 2009). Es wurde weiters ein positiver Effekt auf die Kontinenz, Ernährung und Gehfähigkeit aufgezeigt. Auch Patientinnen mit neuropsychiatrischen Krankheiten profitierten von den Interventionen. (Deschamps et al., 2010). In der Studie von Lee et al. (2009) konnte festgestellt werden, dass Tai Chi die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie das Selbstbewusstsein der Bewohnerinnen verbessern konnte. Allerdings konnte keine Verbindung zwischen der Verbesserung der Lebensqualität und der physischen Aktivität, Balance sowie Flexibilität nachgewiesen werden. Weiters war Zufriedenheit eng an die gesundheitsbezogene Lebensqualität gekoppelt (Lee et al., 2009). Kein Effekt der Intervention war in der Studie von Kerse et al. (2008) zu beobachten. Die Verbesserungen, bei den Bewohnerinnen ohne kognitiver Einschränkung hinsichtlich körperlicher Funktion und Mobilität waren von fraglicher Signifikanz. Mehr noch wurde die Wahrscheinlichkeit einer Depression innerhalb der Interventionsgruppe bei Personen mit kognitiver Einschränkung erhöht. Auch die vorab formulierten Ziele der Bewohnerinnen hatten keinen Einfluss auf die physische Funktionsfähigkeit. Möglicherweise war die Intensität des Programms zu gering oder die Messungen waren zu ungenau. Dennoch zeigt diese Studie wie wichtig die Entwicklung eines individuellen und bedürfnisorientierten Programms, vor allem für Personen mit kognitiven Einschränkungen ist (Kerse et al., 2008). Lobo et al. (2008) zeigten, dass jede physische Aktivität besser für die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist, als keine Aktivität. Jedoch haben moderate physische Aktivitäten einen größeren positiven Effekt auf die physischen Funktionen und Schmerzen. Physische Aktivität führt zu einer erhöhten Partizipation an täglichen Aktivitäten. Deshalb

sollten Patientinnen dazu angehalten werden bei alltäglichen Routinearbeiten, wie zum Beispiel Betten machen oder bei der Essenszubereitung zu helfen (Lobo et al., 2008). Stathi & Simey (2007) zeigten, dass ein Bewegungsprogramm zu mehr Mobilität, Unabhängigkeit, sozialer Interaktion und Freude führt. Weiters konnten die Körperwahrnehmung gesteigert und Schmerzen verringert werden. Die erfolgreichen Erfahrungen während und nach der Intervention stärkten das Selbstvertrauen der Bewohnerinnen. Durch das Programm wurde ein passiver Lebensstil unterbrochen und führte zu einer verbesserten Lebensqualität (Stathi & Simey, 2007). In der Studie von Taguchi et al., (2009) verbesserte sich in der Interventionsgruppe die Stärke der unteren Extremitäten, die Angst zu stürzen und die Ergebnisse des „sit and reach“ Tests. Allerdings war der Unterschied zwischen den Gruppen, hinsichtlich der Angst zu stürzen gering. In der Kontrollgruppe hingegen wurde eine Reduzierung der Greifstärke, Gehdistanz, Geschwindigkeit und Schrittlänge beobachtet. Dies lässt vermuten, dass Übungen dieses Programms präventiv, auf die altersbedingte Reduzierung der körperlichen Leistungsfähigkeit wirken. Allerdings wurde eine Abnahme bei den täglichen physischen Aktivitäten in beiden Gruppen beobachtet. Offensichtlich reicht es nicht aus Bewohnerinnen zu mehr Bewegung zu ermutigen, um niedrige Aktivitätslevel zu ändern. Viele der Teilnehmerinnen waren von kognitiven Einschränkungen betroffen, sodass Anweisungen nicht adäquat umgesetzt wurden. Es konnten positive Effekte auf die physische Leistungsfähigkeit, nicht aber auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nachgewiesen werden. Möglicherweise würde eine größere Probandengröße und eine längere follow-up Periode dies ändern (Taguchi et al., 2009). In der Untersuchung von Takeuchi et al. (2011) wurde durch das Programm eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht. Die größten Veränderungen waren nach Einführung des Walking Programms zu beobachten. Diese Resultate unterstützen andere Studien, hinsichtlich der Wirksamkeit von Walking in Kombination mit Übungen. Auch die Tatsache, dass das Walking Programm in Gruppen durchgeführt wurde und so zu einer erhöhten sozialer Interaktion führte, könnte ein Grund für dessen Wirksamkeit sein. Allerdings wurde keine Verbesserung in bei den Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt. Da die Übungen sehr leicht gestaltet waren ist möglicherweise eine erhöhte Intensität nötig um dies zu ändern (Takeuchi et al., 2011).

Andere Interventionen

Es wurden 7 Studien analysiert in denen andere Interventionen verwendet wurden. In der Studie von Falk et al. (2008) fanden sich Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Es wurde eine Veränderung in der Lebensqualität bei Demenzkranken und bei den Subskalen „Zufriedenheit“ und „Vertrauen“ beobachtet. Diese Veränderungen deuten allerdings auf eine Verschlechterung in der Interventionsgruppe hin. Offensichtlich reagieren Patientinnen sensibler auf eine Renovierung der gewohnten Umgebung. Dieses Erkenntnis kann für weitere Studien verwendet werden. Der Großteil der Bewohnerinnen berichtete, dass die Renovierung des Pflegeheims sie nicht betrifft. Die Erneuerungen wurden als schön empfunden aber beeinflussten nicht die subjektive Lebensqualität. Daraus resultiert, dass eine Modernisierung der Pflegeeinrichtung nicht ausreicht um die Lebensqualität bei Bewohnerinnen zu verbessern. Weiters ist anzumerken, dass die Probandengröße eher klein gewählt war und neue Instrumente verwendet wurden (Falk et al., 2008). Die Untersuchung von Naito et al. (2009) zeigte den positiven Effekt zahnmedizinischer Behandlungen auf die Lebensqualität älterer Bewohnerinnen. Da Schmerz ein wichtiger Einflussfaktor auf die Lebensqualität ist und durch die Behandlungen Schmerzen reduziert wurden, erhöhte sich die Lebensqualität. Weiters gab es eine Verbesserung hinsichtlich der Kommunikationsfähigkeit der Bewohnerinnen (Naito et al., 2009). Nijs et al. (2006) gaben an, dass familiär gestaltete Mahlzeiten sich positiv auf die Lebensqualität, das Gewicht und die physischen Leistungen, bei Bewohnerinnen ohne Demenz auswirkten. Obwohl andere Studien auch bei Demenzpatientinnen einen positiven Effekt nachweisen konnten, wurde diese Population von der Untersuchung ausgeschlossen. Die Autoren gehen aber davon aus, dass die Resultate sich auf alle Bewohner in Pflegeheimen ausweiten lassen. Mit Hilfe von motivierten Pflegepersonen lässt sich ein solches Programm leicht und kostengünstig implementieren (Nijs et al., 2006). Owsley et al. (2007) stellten fest, dass Pflegeheimbewohnerinnen mit einem grauen Star durch eine Operation eine Verbesserung der Lebensqualität erzielten. Keine Veränderung hinsichtlich der Lebensqualität konnte bei Personen, welche sich gegen eine Operation entschieden, festgestellt werden. Personen der OP Gruppe berichteten von Verbesserungen des allgemeinen Sehvermögens, weniger Hindernissen aufgrund des Sehvermögens, weniger Schwierigkeiten beim

Lesen, weniger Sorgen oder Frustrationen, sowie eine erhöhte Ungezwungenheit und Wahrscheinlichkeit an sozialen Interaktionen teilzunehmen (Owsley et al., 2007). Weiters wird die Lebensqualität durch Nahrungsergänzungen mit Omega-3 Fettsäuren und Aminosäuren, bei Pflegeheimbewohnerinnen verbessert. Durch die Gabe von Omega-3 Fettsäuren wurde eine Reduzierung von depressiven Symptomen, bei Patientinnen mit Depression festgestellt. Wohingegen kein Effekt bei der Placebo Gruppe auszumachen war. Diese Ergebnisse sind relevant, da depressive Symptome bei hospitalisierten Personen häufig auftreten. Weiters scheint dies eine sichere Methode zu sein, da keine Nebenwirkungen zu beobachten waren (Rondanelli et al., 2010). Auch die Verabreichung von Aminosäuren verbesserte die Lebensqualität, den Ernährungszustand, depressive Symptome, Muskelstärke und alltägliche Aktivitäten. Durch die Gabe von Aminosäuren wird der Serotoninspiegel erhöht und depressive Symptome reduziert. Bei allen Teilnehmerinnen, unabhängig der Randomisierung, wurde eine Verbesserung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität festgestellt. Dies ist möglicherweise ein Effekt von speziell organisierten Einrichtungen. Dennoch war ein größerer Unterschied in der Interventionsgruppe zu beobachten. Möglicherweise ist die Verabreichung von Aminosäuren für die Erhaltung und Verbesserung der Muskelstärke geeigneter als eine vermehrte Proteinnahrung.

Perspektiven von Pflegepersonen

Es wurden sowohl Sichtweisen der Pflegepersonals als auch von Familienangehörigen und von den Bewohnerinnen selbst untersucht. Hoe et al. (2006) verglichen die Sichtweisen von Bewohnerinnen und dem Pflegepersonal hinsichtlich der Lebensqualität der Bewohnerinnen mit Demenz. Es zeigte sich, dass keine Items der Lebensqualität vom Pflegepersonal und den Bewohnern gleich bewertet wurden. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Einschätzung des Pflegepersonals hinsichtlich der Lebensqualität nicht ausreicht. Die Bewertung der Lebensqualität durch das Pflegepersonal war mit dem Grad an Abhängigkeit, funktionalen Fähigkeiten und auffälligem Verhalten verbunden. Bei den Bewohnerinnen hingegen waren die einzigen Einflussfaktoren Depression und Angst. Dies lässt vermuten, dass die Sichtweise der Pflegepersonen auf die Lebensqualität von funktionalen Fähigkeiten und die der Bewohnerinnen von der Stimmungslage beeinflusst wird. Wichtig ist es die Veränderung der

Lebensqualität bei einem Fortschreiten der Demenz zu erheben. Außerdem sollten die Unterschiede der Lebensqualität zwischen Demenzkranken und Personen ohne Demenz untersucht werden. Pflegepersonen sollten berücksichtigen, dass die Lebensqualität von Demenzkranken möglicherweise primär durch die Stimmungslage, bestimmt durch Angst und Depression, beeinflusst wird. Eine geeignete Behandlung für eine affektive Störung könnte die Lebensqualität in dieser Population erhöhen (Hoe et al., 2006). In der Untersuchung von Kane et al. (2006) konnte festgestellt werden, dass Krankenpflegehelferinnen ihren Einfluss auf die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen am höchsten einschätzten. Da sie den Bewohnerinnen am nächsten stehen, wird möglicherweise die eigene Befähigung die Lebensqualität positiver zu gestalten besser bewertet. Es fand sich ein Zusammenhang zwischen der Arbeitseinstellung des Pflegepersonals und der jeweiligen Einschätzung, die Lebensqualität verändern zu können. Durch eine bessere Arbeitseinstellung steigen das Vertrauen und der Glaube Veränderungen durchführen zu können. Umgekehrt wirkt sich das Vertrauen, Prozesse ändern zu können auf eine höhere Arbeitszufriedenheit und damit auch eine positivere Arbeitseinstellung aus. Das lizenzierte Pflegepersonal und Ärzte fühlten sich eher in der Lage Schmerzen, Unwohlsein, Privatsphäre und Würde der Patientinnen zu beeinflussen als bedeutsame Aktivitäten, positive Gestaltung von Mahlzeiten und Vermeidung von Langeweile. Doch das Personal hätte das Potenzial auf alle diese Bereiche einzuwirken. Alle Teilnehmerinnen bewerteten ihre Kompetenzen zu helfen höher bei kognitiv beeinträchtigten Patientinnen. In anderen Arbeiten wurden kognitive Einschränkungen mit einer niedrigeren Lebensqualität assoziiert. Möglicherweise, da Personen diese Gruppe als verwundbarer und empfänglicher für die Aufmerksamkeit des Personals gesehen werden. Um neue Strategien für die Verbesserung der Lebensqualität zu entwickeln, sollte der Fokus auf der positiven Einstellung der Krankenpflegehelferinnen und deren Wissen über die Patientinnen liegen (Kane et al., 2006). Robichaud et al. (2006) zeigten, dass die wichtigsten Indikatoren für die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen zwischen Angehörigen und Bewohnerinnen differieren. Die höchste Priorität für Angehörige hatte der Indikator „Lebensumwelt“, wohingegen für Bewohnerinnen Beziehungen am wichtigsten waren. Für Bewohnerinnen ist es wichtig Teil des Gemeinschaftslebens innerhalb der Einrichtung zu sein. Das Leben in der

Gemeinschaft kann die eigene Identität stärken und damit die Lebensqualität beeinflussen. Die Bedeutung der Gemeinschaft im Pflegeheim sollte somit im Fokus stehen und auch Pflegepersonen können ihre Patientinnen unterstützen (Robichaud et al., 2006).

6.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Diese Arbeit hatte zum Ziel relevante Literatur, im Hinblick auf die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen zu identifizieren und anhand derer die anfänglich genannten Forschungsfragen zu beantworten.

Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, auf das viele verschiedene Faktoren einwirken. Es konnten physische, psychische, spirituelle und soziale Faktoren gefunden werden, welche die Lebensqualität bestimmen. Physische Faktoren, welche die Lebensqualität negativ beeinflussen sind vor allem: Schmerzen, Inkontinenz, Dekubitus und chronische Krankheiten. Die Erfahrung von Stürzen ist nicht nur mit einer Verminderung der physischen sondern auch der psychischen Lebensqualität verbunden. Depressionen und eine verschlechterte Stimmungslage sind die größten psychischen Einflussfaktoren der Lebensqualität. Die spirituelle Lebensqualität wird besonders durch Zufriedenheit und den würdevollen Umgang mit Pflegeheimbewohnern beeinflusst. Die sozialen Einflussfaktoren sind sehr vielfältig. Eine sichere Umgebung sowie individuelle und bedürfnisorientierte Pflege ist wesentlich für eine bessere Lebensqualität. Einerseits sind die Teilnahme an Aktivitäten, das Gefühl ein Teil der Gemeinschaft zu sein und der Kontakt zu anderen Bewohnerinnen zentrale Faktoren um die Lebensqualität positiv zu gestalten. Andererseits ist Privatsphäre und die Möglichkeit sich zurückzuziehen ebenso wichtig. Der Kontakt zur Familie ist von großer Bedeutung und hat eine positive Auswirkung auf die Lebensqualität. Von großer Bedeutung für die Bewohnerinnen ist es, sich in der Pflegeeinrichtung „zu Hause“ zu fühlen. Verschiedene Maßnahmen wie zum Beispiel familiär gestaltete Mahlzeiten und Verwendung von Porzellan, statt Plastikgeschirr unterstützen diesen Prozess. Es gibt verschiedenste Maßnahmen um die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen zu verbessern. Bewegungsprogramme haben einen positiven Effekt auf eine Vielzahl von Faktoren. Bewegung führt zu einer Verbesserung der physischen Funktionen und der Mobilität. Diese führt wiederum zu einer erhöhten Teilnahme an alltäglichen Aktivitäten, sozialen Interaktionen und

mehr Unabhängigkeit. Weiteres reduzieren verbesserte physische Funktionen, die Angst vor Stürzen und Schmerzen. Bewegungsprogramme führen auch zu einer erhöhten Körperwahrnehmung und einem gesteigerten Selbstvertrauen in den eigenen Körper. Diese Interventionen sind auch bei kognitiv beeinträchtigten Personen wirksam, allerdings kann es zu Schwierigkeiten bei dem Verstehen und Befolgen von Anweisungen kommen. Daher sind spezielle Programme, für diese Population in Pflegeheimen von großer Bedeutung. Weiters gestaltet sich die Selbsteinschätzung der Lebensqualität von Personen mit kognitiven Einschränkungen schwierig. Nahrungsergänzungen mit Omega-3 Fettsäuren und Aminosäuren verbesserten depressive Symptome, die Muskelkraft, die Teilnahme an täglichen Aktivitäten und sind somit eine geeignete Maßnahme, um die Lebensqualität zu verbessern.

6.3 Evidenz der Studien

In diesem Kapitel wird ein Überblick hinsichtlich der Evidenz der gefunden Literatur gegeben. Die Studien wurden, wie in Kapitel 4 beschrieben mit der JHNEBP (Newhouse) bewertet und nach ihrem Evidenzniveau (1 bis 3) sowie der Qualität (A, B oder C) eingeschätzt.

Die nicht experimentelle Studie von Burack et al. (2012) war von guter Qualität (B), obwohl die Kausalität zwischen den gefundenen Resultaten nicht eindeutig geklärt werden konnte. Daher ist eine Längsschnittstudie mit größerem Sample angedacht. Eine weitere nicht experimentelle Studie von Carrier et al. (2009) konnte aufgrund einer ausreichenden Probandengröße und konsistenten Resultaten eine hohe Qualität (A) aufweisen. In der Untersuchung von Courtney et al. (2009) wird die geringe Probandengröße bemängelt, nichts desto trotz war die Studie von guter Qualität (B). Sowohl die Studie von Degenholz et al. (2006) als auch der Review von Kato et al. (2008) konnten, aufgrund eines ausreichenden Samples und konsistenten Ergebnissen, eine hohe Qualität (A) aufweisen. Die Studie von Tu et al. (2006) wies eine gute Qualität auf (B), dennoch gibt es Limitierungen aufgrund der eher geringen Probandengröße. Außerdem wurde ein Instrument zum ersten Mal bei älteren Bewohnerinnen in Taiwan verwendet. Der Aufbau und die Resultate der Studie von Hjaltadóttir und Gústafsdóttir (2007), wurden nachvollziehbar beschrieben. Trotzdem erfolgte eine niedrige Qualitätseinschätzung (C), da das Sample nur aus 8 Bewohnerinnen bestand und

somit keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen möglich sind. Eine hohe Qualität (A) aufgrund von ausreichender Probandengröße, konsistenten Resultaten und Schlussfolgerungen wiesen folgende Studien auf: Asghari et al. (2006), Aslan et al. (2008), Du Beau et al. (2006), Hoe et al. (2009) sowie Torvik et al. (2008). Die Studien von Cahill et al. (2011) und Lamoureux sind von guter Qualität (B), obwohl die Probandengröße eher gering ist. Der Review von Gerritsen et al. (2007) ist von guter Qualität (B). Es wird die Empfehlung gegeben, in weiteren Studien die Retest-Reliabilität der Skalen zu erheben, um die Lebensqualität bei Personen mit kognitiven Einschränkungen besser ermitteln zu können. Bei Degenholz et al. (2008) wurde nur eine schwache Korrelation festgestellt. Dennoch ist die Studie von guter Qualität und gibt die Empfehlung klinische Faktoren und deren Einfluss auf die Lebensqualität eingehender zu erforschen. Die randomisierte kontrollierte Studie von Dechamps et al. (2010) war von hoher Qualität. Wohingegen die RCT von Kerse et al. (2009) aufgrund von inkonsistenten Ergebnissen und keinen allgemeinen Schlussfolgerungen die niedrigste Qualität (C) zugesprochen wurde. In den Studien von Lee et al. (2009), Stathi & Simey (2007), Taguchi et al. (2009) und Takeuchi et al. (2011) wurde nur die ungenügende Probandengröße bemängelt. Daher wurde die Qualität für gut befunden (B). Ebenso wurde die Qualität der Studie von Dechamps et al. (2009) für gut befunden (B). Für weitere Studien werden Empfehlungen, hinsichtlich der Dauer und Art der Interventionen gemacht. Die Untersuchung von Lobo et al. (2008) war aufgrund von einem großen Sample und konsistenten Ergebnissen, von hoher Qualität (A). Zwei randomisierten kontrollierten Studien konnte die höchste Qualität (A) zugeschrieben werden (Nijs et al., 2006; Rondanelli et al., (2010). Ein weitere randomisierte kontrollierte Studie von Rondanelli et al. (2011) wurde mit guter Qualität bewertet, da die Samplegröße etwas klein gewählt wurde. In der Untersuchung von Falk et al. (2008) konnten keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen beschrieben werden und es wurde nur eine kleine Probandengruppe in die Intervention miteinbezogen. Daher wurde der Studie eine niedrige Qualität (C) zugewiesen.) Bei der quasi experimentelle Studien von Naito et al. (2009) wurde aufgrund einer sehr kleinen Samplegröße, die Qualität als gut (B) eingeschätzt, da die Ergebnisse aussagekräftig waren. Owsley et al. (2007) berichteten von konsistenten Resultaten aufgrund derer Schlussfolgerungen gemacht wurden. Dennoch war die Probandengröße in der Studie klein gewählt,

weshalb die Qualität als gut (B) eingestuft wurde. Sowohl der qualitativen Studie von Kane et al. (2006) als auch der nicht experimentellen Studie von Hoe et al. (2006) konnte eine hohe Qualität (A) zugewiesen werden. Aufgrund der kleinen Probandengröße wurde die Qualität der Untersuchung von Robichaud et al. (2006) nur als gut (B) eingeschätzt.

6.4 Limitationen der Arbeit

In dieser systematischen Literaturarbeit wurde versucht die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen mit chronischen Erkrankungen umfassend darzustellen. Ein weiteres Ziel dieser Arbeit war es Maßnahmen, welche die Lebensqualität unterstützen oder verbessern aufzuzeigen. Es wurden vorab Forschungsfragen formuliert und die Methode der Datenerhebung sowie der Analyse beschrieben. Nachfolgend wurden die gefundenen Resultate dargestellt und im Hinblick auf die Literaturübersicht diskutiert. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle relevanten Studien für die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen mit chronischen Erkrankungen identifiziert wurden, da sich die Suche nur auf zwei Datenbanken beschränkte. Weitere Limitierungen beziehen sich auf die Sprache der verwendeten Studien. Da aufgrund der hohen Anzahl an gefunden Studien die Einschlusskriterien hinsichtlich der Publikationszeiten modifiziert wurden, muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle relevanten Studien in die Analyse mitbeinbezogen wurden.

6.5 Zusammenfassung

Die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt und beeinflusst. Chronische Erkrankungen, Schmerzen, Dekubitus, Inkontinenz, sowie die Erfahrung zu stürzen haben den größten negativen Einfluss auf die physische Lebensqualität. Wohingegen Depressionen und eine verminderte Stimmungslage die psychische Lebensqualität vermindern. Die spirituelle Lebensqualität wird am meisten von Zufriedenheit, einem würdevollen Umgang seitens der Pflegepersonen und dem Gefühl als Mensch wahrgenommen zu werden geprägt. Für die soziale Lebensqualität sind folgende Faktoren von Bedeutung: individuelle und bedürfnisorientierte Pflege, Sicherheit, Teil der Gemeinschaft sein, Teilnahme an Aktivitäten, Privatsphäre, Kontakt zu der Familie und das Gestalten der Mahlzeiten. Es gibt unterschiedliche Interventionen

um die Lebensqualität zu fördern. Geeignete Maßnahmen um die Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen zu verbessern sind: unterschiedliche Bewegungsprogramme sowie die Nahrungsergänzung mit Omega-3 Fettsäuren und Aminosäuren. Ein besonderer Fokus sollte auf Patientinnen mit kognitiven Einschränkungen gelegt werden, da die Selbsteinschätzung der Lebensqualität mitunter problematisch sein kann.

7. Empfehlungen und Schlussfolgerung

Im letzten Kapitel sollen relevante Empfehlungen und Schlussfolgerungen aufgezeigt werden. Diese beziehen sich auf die Praxis, die Ausbildung, die Forschung und das Management und sollen eine Hilfestellung für die Erfassung und Verbesserung der Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnerinnen darstellen.

7.1 Empfehlungen für die Praxis

Pflegepersonen haben einen großen Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen, da sie im unmittelbaren Kontakt zu der betreuten Person stehen. Eine individuelle und bedürfnisorientierte Pflege ist für die Patientinnen von größter Wichtigkeit. Bewohnerinnen profitieren von einer würdevollen Betreuung und der Tatsache, dass Pflegehandlungen erklärt werden. All dies ist von Bedeutung um als Mensch wahrgenommen zu werden und sich in der Umgebung sicher zu fühlen. Weiters kann die familiäre Gestaltung von Mahlzeiten einen positiven Effekt bei Pflegeheimbewohnern erzielen. Pflegende sollten sowohl den Kontakt zur Familie als auch zu anderen Bewohnerinnen unterstützen, da soziale Beziehungen die Lebensqualität stärken können. Ferner sollten Pflegepersonen Bewohnerinnen unterstützen und motivieren an Aktivitäten teilzunehmen, da diese nicht nur Abwechslung sondern auch mit sozialer Interaktion verbunden sind. Besonders im Fokus stehen sollten Personen mit kognitiven Einschränkungen, die oft über momentane Freuden eine Verbesserung der Stimmungslage erfahren. Auch eine körperliche Aktivität sollte forciert werden, da Bewohnerinnen von einer verbesserten Mobilität profitieren und die Angst zu stürzen reduziert werden kann.

7.2 Empfehlungen für die Forschung

Da Schmerzen und Depressionen einen großen Einfluss auf die Lebensqualität haben, sollten weitere Studien den Fokus auf die Reduzierung dieser Symptome

legen. Da die Teilnahme an Aktivitäten nicht nur die physische Leistungsfähigkeit, sondern auch die soziale Interaktion verbessern, sollte untersucht werden welche Motivationsstrategien Bewohnerinnen am besten unterstützen. Es sollten neue Studien generiert werden, welche sowohl physische als auch psychische Methoden entwickeln, um die Angst zu stürzen bei Patientinnen zu reduzieren. Weiters könnte die Entwicklung von speziellen Bewegungsprogrammen, Stürze reduzieren und damit das Selbstvertrauen in den eigenen Körper stärken. Die Forschung sollte ebenfalls Veränderung der Lebensqualität im Verlauf von Demenzerkrankungen in den Fokus stellen, um in den jeweiligen Krankheitsstadien eine adäquate Unterstützung der Lebensqualität zu ermöglichen. Da nicht immer von dem Gesundheitszustand auf die subjektive Lebensqualität geschlossen werden kann, ist weitere Forschung nötig um diese Beziehung umfassend zu erklären.

7.3 Empfehlungen für die Ausbildung

In der Ausbildung sollten angehende Pflegende darauf hingewiesen werden, welche Einfluss sie auf die Lebensqualität bei Bewohnerinnen haben.

Hilfreich wären Schulungen im Bereich der Motivation der Patientinnen an Aktivitäten teilzunehmen um soziale Interaktionen zu erhöhen. Weiters hat sich Bewegung und ein aktiver Lebensstil als förderlich für die Lebensqualität erwiesen. Daher sollten Patientinnen dazu angehalten werden, so viel wie möglich selbst zu tun und wenn möglich bei kleineren Aufgaben wie zum Beispiel: Betten machen oder das Essen vorbereiten zu helfen. Da eine individuelle Betreuung positiv auf die Lebensqualität wirkt, sollten angehende Pflegepersonen geschult werden auf die Bedürfnisse jedes Einzelnen besonders Rücksicht zu nehmen.

7.4 Empfehlungen für das Management

Da das Wahren der Privatsphäre einen großen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität bei Bewohnerinnen hat, sollten in Pflegeeinrichtungen ohne Einzelzimmer, Räume geschaffen werden um sich zurückziehen zu können oder Angehörige zu empfangen. Weiters sollten Nahrungsergänzungen, die sich durch pflegewissenschaftliche Forschung als positiv für Faktoren der Lebensqualität erwiesen haben, in den Speiseplan der untersuchten Personen, eingegliedert werden. Um den positiven Effekt von Bewegung auf die Lebensqualität zu nutzen,

sollten Möglichkeiten geschaffen werden diese umzusetzen. Falls Pflegepersonen keine ausreichende Schulung vorweisen können, wäre es möglicherweise sinnvoll externe Personen hinzuzuziehen um Bewegungsprogramme zu implizieren und relevante Informationen an Pflegende weiterzugeben.

7.5 Schlussfolgerungen

Es wurden insgesamt 33 Studien in die Literaturarbeit mit einbezogen. Die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen gestaltet sich dabei sehr unterschiedlich. Wie auch in der Literatur beschrieben, führt der Mangel an Privatsphäre, die physischen Einschränkungen und die damit verbundene Reduzierung der täglichen Aktivitäten zu einer großen Belastung für Pflegeheimbewohnerinnen. Unterschiede fanden sich in manchen Studien hinsichtlich der kognitiven Einschränkungen der Patientinnen, vor allem bei physischen Interventionen. Es ist möglich, dass kognitiv beeinträchtigte Personen die Anweisungen für die Übungen nicht umsetzen können. Weiters sollten Selbsteinschätzungsskalen für diese Population genau getestet werden, da sie mitunter die Lebensqualität nur unzureichend erfassen. Andererseits haben sich bei Interviews auch gute Ergebnisse gezeigt. Für diese Gruppe sollten vermehrt Studien durchgeführt werden um adäquate Unterstützung zu bieten. Es gibt eine Vielzahl an Möglichkeiten die Lebensqualität zu unterstützen. Eine der wirksamsten scheint körperliche Aktivität zu sein. Durch regelmäßige Bewegung werden neben den körperlichen Funktionen auch das Körpergefühl und die Sicherheit gestärkt. Die Angst vor Stürzen kann sich vermindern und dadurch bewegen sich die Bewohnerinnen mehr. Bewegungsprogramme haben das Potenzial die negativ Spirale von Stürzen und aus Angst vor erneuten Stürzen, die zu einer Reduzierung der täglichen Aktivitäten führen können, zu verhindern oder umzukehren. Weiters stellen Aktivitätsprogramme auch eine Möglichkeit der sozialen Interaktion dar, sowohl unter den Bewohnerinnen als auch den Pflegepersonen. Die Privatsphäre ist für Pflegeheimbewohnerinnen enorm wichtig, daher sollten auch Einrichtungen ohne Einzelzimmer, Möglichkeiten finden dieses Bedürfnis zu erfüllen, indem zum Beispiel Besuchsräume geschaffen werden. Abschließend ist anzumerken, dass keine deutschsprachigen Studien gefunden wurden. Forscher und Forscherinnen sollten dazu angehalten werden diese

Thematik vermehrt in den Fokus zu stellen und eine einfache Implementierung und Auseinandersetzung im deutschsprachigen Raum möglich zu machen.

Abbildungen und Tabellenverzeichnis:

Abbildung 1: Quality of life in cancer survivors (Ferrell et al., 1995)

Tabelle 1: Identifizierten Studien DIMDI/Medline

Tabelle 2: Identifizierten Studien CINAHL

Tabelle 3: Identifizierten Studien gesamt

Tabelle 4: Review Tabelle

Tabelle 5: Gruppe 1: subjektive Sichtweise der Bewohner

Tabelle 6: Gruppe 2: Lebensqualität und Krankheiten

Tabelle 7: Gruppe 3a: physische Interventionen

Tabelle 8: Gruppe 3b: andere Interventionen

Tabelle 9: Gruppe 4: Sichtweise des Personen

Literatur:

Asghari, A., Ghaderi, N. & Ashory, A. (2006). The Prevalence of Pain among Residents of Nursing Homes and the Impact of Pain on their Mood and Quality of Life. *Archives of Iranian Medicine*, 9 (4), 368-373.

Aslan, E., Kizilkaya Beji, N., Ayyildiz Erkan, H., Yalcin. O., und Gungor, F. (2009). Urinary Incontinence (UI) and quality of life (QoL) of the elderly residing in residential homes in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 304-310.

Backes, G. & Clemens, W. (2008). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung*. München: Juventa.

Bozzetti, F. (2008). Quality of life and enteral nutrition. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 11, 661-665.

Burack, O., Weiner, A., Reinhardt, J., Annunziato, R. (2012). What matters most to Nursing Home Elders: Quality of Life in the Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13, 48-53.

Brandenburg H., Huneke, M. (2006). *Professionelle Pflege alter Menschen – Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Cahill, S. & Diaz-Ponce, A. (2011). „I hate having nobody here. I’d like to know where they all are”. Can qualitative research detect differences in quality of life among nursing home resident with different levels of cognitive impairment?. *Aging & Mental Health*, 15 (5), 526-572.

Carrier, N., West, G. & Ouellet, D. (2009). Dining Experience, Foodservices and Staffing are associated with quality of Life in elderly nursing home residents. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13 (6), 565-570.

Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, N., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Gayer, D., MacDonald Glenn, L., Hudspeth, T., Mahoney, D., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Rizvi, S., Rizzo, D., Simpatico, T. & Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267-276.

Curtin, M. & Lubkin, I. (2002). Was versteht man unter Chronizität?. In Lubkin, I. (Hrsg.), *Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe* (S. 19-48). Bern: Hans Huber.

Cumbie, A., Conley, M., Burman, E. (2004). Advanced Practice Nursing Model for Comprehensive Care With Chronic Illness - Model for Promoting Process Engagement. *Nursing Science*, 27 (1), 70-80.

Courtney, M., O'Reily M., Edwards, H. & Hassall, S. (2009). The Relationship between clinical outcomes and Quality of Life for Residents of aged Facilities. *Australien Journal of Advanced Nursing*, 26 (4), 49-57.

Dechamps, A., Onifade, C., Decamps, A., & Bourdel-Marchasson. (2009). Health related Quality of Life in frail institutionalized Elderly: Effects of a Cognition-Action Intervention and Tai Chi. *Journal of aging and Physical Activity*, 17, 236-248.

Deschamps, A., Diolez, P., Thaudière, E., tulon, A., Onifade, C., Vuong, T., Helmer, C. & Bourdel-Marchasson, I. Effects of Exercise Programs to prevent Decline in Health related Quality of Life in highly deconditioned institutionalized elderly Persons. *Archives Intern Medical*, 170 (2), 162-169.

Degenholz, H., Kane, R., Kane, R., Bershadsky, B. & Kling, K. (2006). Predicting Nursing Facility Resident's Quality of Life using external Indicators. *Health Services Research*, 41 (2), 335-356.

Degenholz, H., Rosen, J., Castle, N., Mittal, V. & Liu, D. (2008). The Association between Changes in Health Status and Nursing Home Resident Quality of Life. *The Gerontologist*, 48 (5), 584-592.

Du Beau, C., Simon, S. & Morris, J. (2006). The Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life in older Nursing home Residents. *The American Geriatrics Society*, 54, 1326-1333.

Falk, H., Wijk, H. & Persson, L. (2008). The Effects of Refurbishment on Resident's Quality of Life and Wellbeing in two Swedish residential care Facilities. *Health & Place*, 15, 717-724.

Ferrell, B., Hassey, K. & Grant, M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research*, 4 (6), 523-531.

Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older People. *Aging & Society*, 24, 675-691.

Gerritsen, D., Steverink, N., Ooms, M., Henrica, C., de Vet, W. & Ribbe, M. (2007). Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment. *Quality of Life Research*, 16, 1029-1037.

Gessert, C., Hyer, K., Kane, R., Rochwood, T., Brassard, A., Desjardins, K. & Kane, R. (2005). Cognitive Impairment and Quality of Life – Views of Providers of Long-Term Care Services. *Alzheimer Disease Association Disorder*, 19 (2), 85-90.

Grypdonck, M. (2005). Ein Modell der Pflege chronisch Kranker. In Seidl, E. & Walter, I (Hrsg.), *Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag* (S. 15-57). Wien: Wilhelm Maudrich.

Hjaltadóttir, I. & Gústafsdóttir, M. (2007). Quality of Life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 48-55.

Hodeck, J., Ruhe, A. & Greiner, W. (2009). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität im Alter. *Bundesgesundheitsblatt*, 52, 1188-1201

Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G. & Orrell, M. (2006). Quality of life of people with dementia in residential care homes. *British Journal of Psychiatry*, 188, 460-464.

Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G., Woods, B., Challis, D. & Orrell, M. (2009). Changes in the quality of life of people with dementia living in care homes. *Alzheimer Disease Association Disorder*, 23 (3), 285-290.

Kato, C., Ida, K., Kawamura, M., Nagaya, M., Tokuda, H., Tamakoshi, A. & Harada, A. (2008). Relation of falls efficacy scale (FES) to quality of life among nursing home female residents with comparatively intact cognitive function in Japan. *Nagoya Journal of Medical Science*, 70, 19-70.

Kane, R., Rockwood, T., Hyer, K., Desjardins, K., Brassard, A., Gessert, C., Kane, R. & Mueller, C. (2006). Nursing home Staff's perceived ability to influence quality of life. *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (3), 249-256.

Kane, R. & Kane, R. (2001). What older people want from long-term care, and how they get it. *Health Affairs*, 20 (6), 114-127.

Kerse, N., Peri, K., Robinson, E., Wilkinson, T., von Randow, M., Kiata, L., Parsons, I., Latham, N., Parsons, M., Willingale, J., Brown, P. & Arroll, B. (2008). Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care?. *British Medical Journal*, 337 (7675), 912-915.

King, C. (2001). Lebensqualität und umstrittene Themen – eine Übersicht. In King, C. & Hinds, P. (Hrsg.), *Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Theorie – Forschung – Praxis* (S. 55-66). Bern: Hans Huber

Kühne-Ponesch, S. (2004). *Modelle und Theorien in der Pflege*. Wien: Facultas

Lamoureux, E., Fenwick, E., Moore, K., Klaic, M., Borschmann, K. & Hill, K. (2009). Impact of the severity of distance and near-vision impairment on

depression and vision-specific quality of life in older people living in residential care. *Invest Ophthalmology & Visual Science*, 50 (9), 4103-4109.

Lang, G., Löger, B. & Amann, A. (2007). Well-being in the nursing home – a methodological approach towards the quality of life. *Journal of Public Health*, 15, 109-120.

Lee, L. & Woo, J. (2009). Tai Chi and HRQOL in nursing home residents. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (1), 35-43.

Lee, G. (2010). Predictors of adjustment to nursing home life of elderly residents: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 957-964.

Lensing, T. (1999). Vorschau oder Rückblick? – Lebensziele von Menschen im Altenheim. In Moers, M., Schiemann, D. & Schnepf, W. (Hrsg). *Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen* (27-79). Bern: Hans Huber.

Lindrooth, R., Hoeger, T. & Norton, E. (2000). Expectations among the elderly about nursing home entry. *Health Services Research*, 35 (5), Part II, 1181-1202.

Lobo, A., Santos, P., Carvalho, J. & Mota, J. (2008). Relationship between intensity of physical activity and health related quality of life in Portuguese institutionalized elderly. *Geriatric Gerontology International*, 8, 284-290.

Maaz A., Winter, M. & Kuhlmei, A. (2006). Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten) In Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (Hrsg.) *Chronische Krankheiten. Fehlzeiten-Report* (S. 5-23). Berlin, Heidelberg: Springer

Meleis, A. (1999). *Pflegetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Hans Huber

Naito, M., Kato, T., Fujii, W., Ozeki, M., Yokoyama, M., Hamajima, N. & Saitoh, E. (2009). Effects of dental treatment on the quality of life and activities of daily living

in institutionalized elderly in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 65-68.

Neuman, B. & Fawcett, J. (2002). *The Neuman Systems Model*. New Jersey: Prentice Hall.

Newhouse, R., Dearholt, S., Poe, S., Pugh, L. & White, K. (2007). *Johns Hopkins Nursing Evidence-based Practice Model and Guidelines*. Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Indianapolis

Nijs, K., de Graf, C., Kok, F. & van Staveren, W. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical, performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 332 (7552), 1180-1183.

Owsley, C., McGwin, G., Scilley, K., Meek, C., Seker, D. & Dyer, A. (2007). Impact of cataract surgery on health related quality of life in nursing home residents. *British Journal of Ophthalmology*, 91, 1359-1363.

Rischaneck, U. (2008). Lebensformen und Wohnsituation der Hochbetagten. In Österreich. In Hörl, J., Koll and, F. & Maje, G. *Hochaltrigkeit in Österreich, eine Bestandsaufnahme*, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.). (S 76-82). Wien

Reed, J. (2007), *Quality of Life*. In *National care homes research and development forum* (Hrsg.). *My home life quality of in care homes – a review of the literature* (S.24-29). London

Robichaud, L., Durand, P., Bédard, P. & Ouellet, J. (2006). Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families. *Canadian Journal of occupational Therapy*, 73 (4), 245-251.

Rondanelli, M., Giacosa, A., Opizzi, A., Peluchi, C., La Vecchia, C., Montoforno, G., Negroni, M., Berra, B., Politi, P. & Rizzo, A. (2010). Effekt of Omega-3 Fatty Acids supplementation on depressive Symptoms an on health-related Quality of

Life in the treatment of elderly women with depression. Journal of the American College of Nutrition, 29 (1), 55-65.

Rondanelli, M., Opizzi, A., Antoniello, N., Boschi, F., Iadarola, P., Pasini, E., Aquilani, R. & Dioguardi, F. (2011). Effect of essential amino acid supplementation on quality of life, acid profile and strength in institutionalized elderly people. Clinical Nutrition, 30, 571-577.

Rooij, A., Luijkx, K., Declercq, A. & Schols, J. (2011). Quality of life of residents with dementia in long term care settings in the Netherlands and Belgium: design of a longitudinal comparative study in traditional nursing homes and small scale living facilities. Bio Medical Central, 11 (20), 1-6.

Röttger-Liepmann, B.; Hurrelmann, K., Razum, O. & Schaeffer, D. (Hrsg.). (2007). Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen. München: Juventa

Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H. & Meleis, A. Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Hans Huber

Scheid-Nave, C., Richter, S., Fuchs, J. & Kuhlmeier, A. (2010). Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. In Bundesgesundheitsblatt (Hrsg.). (S. 441-450). Springer.

Seidl, E. & Walter, I. (2012). „Wenn man mich fragt...“ Eine Untersuchung zur Lebensqualität demenzkranker Menschen im Pflegeheim. Hermagoras: Klagenfurt/Wien

Stathi, A. & Simey, P. (2007). Quality of life in the fourth age: Exercise experiences of nursing home residents. Journal of Aging and Physical Activity, 15 (3), 272-286.

Statistik Austria (Hrsg.). (2010). Chronische Krankheiten

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html Zugriff am 04.08.2011

Taguchi, N., Higaki, Y., Inoue, S., Kimura, H. & Tanaka, K. (2009). Effects of a 12-Month multicomponent exercise program on physical performance, daily activity and quality of life in very elderly people with minor disabilities. *Journal of Epidemiology*, 20 (1), 21-29.

Takeuchi, R., Hatano, Y. & Yamasaki, M. (2011). The Influence of different exercise programs on changes in quality of life and activity of daily living levels among geriatric nursing home residents. *Journal of physical Therapy Science*, 23, 133-136.

Taylor, E., Jones, P. & Burns, M. (2002). Lebensqualität. In Lubkin, I. (Hrsg.), *Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe* (S. 323-347). Bern: Hans Huber.

Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø. & Rustøen, T. (2008). Pain and quality of life among residents of norwegian nursing homes. *Pain Management Nursing*, 11 (1), 35-44.

Tu, Y., Wang, R. & Yeh, S. (2006). Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire study. *International Journal of Nursing Science*, 43, 673-680.

Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Aging*, 2, 2-12.

Weyerer S., Ding-Greiner C., Marwedel U., Kaufeler T. (2008). *Epidemiologie körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer

World Health Organisation (WHO), (Hrsg.). (2011). Noncommunicable Disease Country Profiles. Fact Sheet

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf Zugriff am 10.09.2012

World Health Organisation (Hrsg.). WHOQOL. Measuring quality of life

Wied, S. & Warmbrunn, A. (Hrsg.). Pschyrembel Pflege. 2. Auflage. Berlin: De Gruyter

Winzelberg, G., Williams, C., Preisser, J., Zimmermann, S. & Sloane, P. (2005). Factors associated with nursing assistant quality of life ratings for residents with dementia in long term care facilities. The Gerontologist, 45 (1), S 106-114.

Appendix:

Autoren	Forschungsfrage/ Ziel	Sample	Methode	Resultate	Schlussfolgerungen	Evidenz
Burack et al. 2012 USA	Q.o.L. im Pflegeheim; was ist Bewohnerinnen wichtig	62 Bewohnerinnen aus 3 Heimen >3 Monate im Heim	Querschnittstudie Interviews und Likert Skalen Q.o.L. Skala umfasst 11 Bereiche Kontroll Variablen: MDS Anzahl der Diagnosen	Q.o.L.: Werte zwischen 2,68 (Aktivität) und 3,63 (Würde) Zufriedenheit lag zwischen 4,23 (Einrichtung) und 3,76 (Personal) Signifikante Verbindung bei: Zufriedenheit mit Personal und kognitiver Beeinträchtigung Zufriedenheit mit Personal und Anzahl der Diagnosen Zufriedenheit beeinflusst durch: Würde, spirituelles Wohlbefinden, Genuss am Essen	Fokus nicht nur auf das physische sondern auch auf das psychische und spirituelle Wohlbefinden legen Mit Würde pflegen Zugang und Auswahlmöglichkeit Beim Essen verbessern Spirituelle Wohlbefinden stärken	2 B
Carrier et al. 2009 Kanada	Korrelation zwischen Q.o.L. und: Erfahrungen beim Essen Essenservice Personal	395 Personen aus 38 Pflegeeinrichtungen Über 65 Jahre >6 Monate im Heim Keine Unterstützung beim Essen	Querschnittstudie MMSE Q.o.L-D Erfahrungen beim Essen mit Fragebogen und Interviews erhoben Bewertungen für Lieferservices mit Fragebögen	66,5 % kognitiv beeinträchtigt ⇒ niedrigere Q.o.L. Scores Negative Korrelation Q.o.L. und - Beschwerden, die die Ernährung beeinflussen	2/3 kognitiv beeinträchtigt Höhere Anzahl von Beschwerden (Krankheiten) => negativ bei kognitiv b. Personen mit Q.o.L. verwunden Erfahrung beim Essen und Lieferservice spielen eine Rolle bei Q.o.L. - Autonomie - Gesellschaft	3A

				Positive Korrelation - Anzahl an Personen, die am Essen teilnehmen - Autonomie (Zugang zu Essen) - Unabhängigkeit	- Unabhängigkeit	
Courtney et al. 2009 Australien	Beziehung zwischen Q.o.L und dem Gesundheitszustand	82 Personen aus 4 Pflegeeinrichtungen	Explorativ CCI um den Pflegezustand zu messen WHOQOL	Korrelation zw. schlechtern CCI und Q.o.L. Werten Social und spiritual Q.o.L domains betroffen Hydrationszustand, Stürze und Depressionen => am stärksten mit niedrigen Q.o.L scores verbunden schlechter Gesundheitsstatus=> niedrige Q.o.L	Hydrationszustand, Stürze und Depressionen => am meisten betroffen ⇒ wichtige Bereiche für das Pflegemanagement ⇒ optimaler Gesundheitszustand nicht nur für die Gesundheit wichtig sondern auch für Q.o.L	3B
Degenholz et al. 2006	Q.o.L mit externen Indikatoren bestimmen	Daten und Interviews von 2829 Personen	Retrospektiv Interviewdaten mit MDS und OSCAR Daten zusammengefügt	Negative Korrelation zw. Q.o.L und: - physischer Funktion - Sehschärfe	Korrelationen gefunden Aber Variablen erklären nur 10% der Varianz => externe Faktoren sind	3A

USA				- Inkontinenz - Bettlägrigkeit - Depression - Konflikte bei Beziehungen Einrichtung: - Bedürfnisse nicht erkennen - Keine sichere und saubere Umgebung Positiv bei Aktivitäten Alle Variablen erklären aber nur 10% der Varianz der self-reported Q.o.L.	nicht ausreichend um die Q.o.L zu erklären	
Hjaltadóttir & Gústafsdóttir 2007 Isalnd	Q.o.L Sichtweise von Personen im Heim	8 Personen aus 2 Heimen Keine Einschlusskriterien 76-93 Jahre	Deskriptiv Längsschnittstudie Interviews zu 2 Zeitpunkten über 3 Monate (transkribiert) Hermeneutische Phänomenologie 30-60 min Interview über das tägliche Leben => was ist von Bedeutung?	Q.o.L = multidimensionales Phänomen 4 Hauptthemen: 1. Sicherheit 2. Trost 3. Aufbruch (Abreise) 4. Selbstbestätigung 1,2 und 4 in Subskalen geteilt	Wichtigste Aspekte von Q.o.L.: - sicher fühlen - Rückzugsort - auf den Tod vorbereiten können als Individuum wahr- - genommen werden - Familie - Sinnvolle Aktivitäten	3C
Tu et al. 2006 Taiwan	Beziehung zw. Empowerment Pflege und Q.o.L	102 Personen von 8 Heimen Keine mäßigen bis schweren kognitiven Beeinträchtigungen	Querschnittstudie Fragebogen Scalen:	Ø Wert Q.o.L = 18,04 => mittlerer Wert => keine Entmündigung Stärkste Verbindung zwischen Q.o.L. und	Selbstbestimmte Pflege fördern Ermutigen so viel wie möglich selbst zu tun	3B

		Ø Alter: 78,45 J. Ø 416 Tage im Heim 89,57% => mehrere chronische K.	- Q.o.L index scale - Empowerment scale - ADL scale	- Selbstbestimmte Pflege - ADL - Familienstand Physical funktion und ADL => p<0,001	=> Ausbildung und Strategien für Pflege	
Kato et al. 2008 Japan	Beziehung zw. FES und Q.o.L. bei Bewohnern mit relativ intakten kognitiven Funktionen	133 ♀ MMSE > 15 Ø Alter: 85,6 J. Teilnahme an einer Studie bezüglich Hüftschutz Einschlusskriterien: mind. 1 Risikofaktor für Stürze oder eine Hüftfraktur	Querschnittstudie Fragebogen FES Q.o.L. mit SF-8 (PCS & MCS) MMSE BMI Weitere Auswertungssitems: Alter, Gewicht, Vorgeschichte von Hüftfrakturen, Stürze im letzten Jahr, erschwerende Umstände (Krankheiten, prädisposition für Stürze)	Signifikante Korrelation von PCS und - Zahl der Umstände - MMSE - Fortbewegung Alle SF8 Subskalen korrelierten mit FES Signifikant: PCS und FES Keine Korrelation zw. FES und MCS Korrelation zwischen FES und PF, RF	Korrelation von FES stärker mit PF und RP als Subskalen „transfer“ und „locomotion“ Mentale Sicherheit ist auch für die physische Q.o.L. wichtig FES inkludiert nicht nur physische Aktivität sondern auch mentale Sicherheit => mehr Aufmerksamkeit	3A
Asghari et al. 2006 Iran	Schmerzprävalenz und Auswirkung von Schmerz auf die Stimmung und die Q.o.L.	144 Personen aus 2 Heimen 51% ♂ Ø Alter: 69 ± 8,5 J	Querschnittstudie Interviews BID (Stimmung, Depression) SF-36 Bonferroni Korrektur	Schmerzprävalenz: 72,8% während der Studie 66,7% ständiger Schmerz Schmerzdauer: 36% mindestens 10 J. 26% keine Angabe 48% mäßige	Hohe Schmerzprävalenz im Heim chronischer Schmerz => höhere Werte bei Depression Risikofaktoren für Depression bestimmen Multidisziplinäre	3A

				Schmerzintensität 76 Personen chronische Schmerzen => höhere Werte bei BID als Personen (n=38) ohne chronischen Schmerzen	Behandlung Andere Betrachtungsweise von Schmerz (nicht nur physiologisch) => wirkt sich negativ auf physische Funktion, allgemeine Gesundheit und Vitalität aus => negative Auswirkung auf Q.o.L.	
Aslan et al. 2009 Türkei	Auswirkung von Inkontinenz (UI) auf die Q.o.L	694 Personen aus 5 Heimen 50,48 % ♀ ♀ Alter: 77,53±7,47 ♂ Alter: 74,75±8,52	Querschnittstudie Q.o.L. mit KHQ MMSE Rankin Skala Interviews mit Personen mit ausreichenden kognitiven F.	Funktionaler status besser bei Männer Kein Unterschied bei MMSE UI hatten: 43% ♀ 20,9% ♂ Q.o.L. subscale höher bei Frauen (höhere werte = schlechter) UUI größter Einfluss Chronische K.=> schlechte Q.o.L. bei Inkontinenz p=0,002	Dranginkontinenz hat den größten negativen Einfluss auf Q.o.L. (im Vergleich zu Stress oder Mischinkontinenz) Frauen mehr betroffen	3A
Cahill et al. 2011 Irland	Kann qualitative Forschung Unterschiede bei der Q.o.L, bei Personen mit unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten im	61 Personen in 3 Heimen 48 davon ♀ Ø Alter: 85,37 Ø 2J.& 9m. im Heim	Qualitatives Design semistrukturierte Interviews (20-30) min Kategorien gebildet	Ø MMSE. 12,6 4 Hauptthemen: 1. sozialer Kontakt 2. Anschluss	Faktoren die mit guter Q.o.L assoziiert werden: - soziale Beziehungen - Aktivitäten - sich zu Hause fühlen - Anschluss	3B

	Heim untersuchen?	13 wenig kognitiv b.(Gruppe 1) 20 mittel (Gruppe 2) 28 schwer (Gruppe 3)		3. Aktivitäten 4. Einfluss 1. Kein Unterschied bei wenig bis mittel b => Bewertung für personal besser, Gruppe 3 => klagen über keinen Familienbesuch 2. mehr von Gruppe 1&2 fühlen sich im Heim zu hause 3. Gruppe 1&2 => Interesse an Aktivitäten, weniger Langeweile Gruppe 3=> desinteressiert, gleichgütig, => momentane Freuden 4 Einfluss: Freude: soziale Beziehungen, Respekt und Würde (Privatsphäre) Traurigkeit: Verlust von Familienmitgliedern, körperliche Fähigkeiten, das eigene Zuhause Einsamkeit: Nur in Gruppe 3 wurde von Einsamkeit berichtet!	- positiver Einfluss - Familie Unterschiede bei Gruppe 1&2 und Gruppe3 Gruppe 3=> momentane Freuden wichtiger, möchten nach Hause (suche nach Sicherheit) ⇒ mehr Aufmerksamkeit für diese Gruppe ⇒ Schulungen ⇒ Familienbesuch fördern ⇒ Private Räume für Besuche zur Verfügung stellen	
Degenholz	Beziehung zwischen einer	307 (bzw.104)	Längsschnittstudie	Personen mit Dekubitus	Q.o.L. Domains negative	3B

2008 USA	Veränderung des Gesundheitszustandes und Q.o.L.	Personen aus 2 Heimen 74% ♀ Ø Alter: 85 J	5 Interviews über 6 M. Insgesamt nahmen 104 Personen an 2 oder mehr Interviews teil=> Analyse Interviews mit MDS verknüpft 11-Item Q.o.L. Instrument (von Kane) Unabhängige Variablen: depressive Symptome, körperliche Beeinträchtigung, Schmerz etc.	=>Rückgang bei Items „Autonomie“, „Sicherheit“ und „spirituelles Wohlbefinden“ mehr körperliche B.=> niedriger im Bereich „Würde“ mehr depressive Symptome => signifikanter Fall in den Bereichen „Wohlbefinden, Freude am Essen, bedeutsame Aktivitäten“ weniger depressive Symptome => mehr Freude am Essen Anstieg von Schmerz => Fall bei funktionaler Kompetenz und Würde Dekubitus Stufe 2 oder höher => Fall bei funktionaler Kompetenz	beeinflusst von: - Anstieg von Schmerz - körperliche B. - depressive Symptome - Dekubitus MDS Daten mit Q.o.L. verglichen => aber Korrelation war nicht stark Bestimmte Bereiche abgekoppelt => Personen mit niedrigem Gesundheitszustand berichten von hoher Q.o.L. => Schutzprozess Verbindung genauer untersuchen!	
Du Beau et al. 2006 USA	Einfluss von Inkontinez (UI) auf die Q.o.L. bei Pflegeheimbewohnern	Retrospektive Daten von 391.647 Personen (ohne großen Veränderungen des klinischen Status) 133.111 Personen für die Analyse	Retrospektive Studie Longitudinal Q.o.L. mit MDS abgeleitet SocE ADL CPS	Faktoren mit UI assoziiert: Alter, weiblich, Kognition, ADL Funktion, Demenz, Schlaganfall, Parkinson 65% hatten konsistenten Kontinenzstatus davon waren 65% inkontinent UI signifikant mit	Ergebnisse vor allem bei mittlerer Beeinträchtigung =>messmethoden vielleicht ungenau bei Personen mit wenig Einschränkungen Neue oder verschlechterte UI war mit schlechterer Q.o.L. verbunden ⇒ übertraf kognitive	3A

		89.999 Personen longitudinal => 77,6% ♀ Ø Alter: 84,3±7,9 J		schlechterer Q.o.L. verbunden bei Bewohnern mit kognitiven und funktionaleen Einschränkungen p<0,001	und physische Verschlechterung hinsichtlich der Prognose einer niedrigeren Q.o.L. ⇒ Interventionen entwickeln und implementieren	
Gerritsen et al. 2007 Niederlande	Messung der allgemeinen Q.o.L. mittels self-report Welche Rolle spielt die kognitive Einschränkung? Wirksamkeit der self-report Skalen?	227 Personen aus 10 Heimen 78% ♀ Ø Alter: 80,5 J. Ø MMSE: 11,8	6 Skalen zur Selbsteinschätzung Instrumente: DL, GDS, PGCMS, PAS, NAS, GEN-QOLQ Beobachtung. GIP-S und DRS Personen nach MMSE werten in 4 Gruppen unterteilt: Gruppe 1: unter 5 Gruppe 2: 5-12 Gruppe 3: 13-21 Gruppe 4: über 20 Wie viele Personen aus welcher Gruppe die Skalen beantworten kann wurde ermittelt Interne Konsistenz und Konstrukt Validität	Anteil an bewerteten Skalen variierte nach MMSE Wert Gruppe 1 wurde von der Analyse ausgeschlossen: zu wenige Skalen bearbeitet Interne Konsistenz von DL, GDS und NAS in allen 3 Gruppen gegeben Interkorrelation am höchsten bei: PCCMS, DL, und GDL Self-report Skalen korrelierten mit den Beobachtungsskalen für Depression nur schwach. Vor allem bei Gruppe 3	DL konnte von den meisten Personen bearbeitet werden Alle Skalen hatten eine akzeptable Konsistenz bis auf: PAS und PGCMS Kein Beweis für sinkende Konsistenz bei erhöhter Beeinträchtigung PGCMS, DL, GDS und NAS => Zusammenhang Geringer Zusammenhang mit den Beobachtungsskalen Bei Gruppe 2: kein Zusammenhang => Stärke der Beeinträchtigung => Einfluss auf die Validität der self-report Skalen Mag sein, dass es nicht möglich ist Q.o.L. mittels self-report und vielleicht auch Beobachtungsskalen	3B

					bei Personen mit schweren kognitiven E.	
Hoe et al. 2006 UK	Veränderung in der Q.o.L bei Bewohnern mit Demenz	238 Personen aus 24 Heimen 192 bei follow-up => 79,2 % ♀ Ø Alter: 85,8J	Längsschnittstudie Interviews, Beobachtung Instrumente: QOI-AD Cornell Scale RAID CANE MMSE CAPE-BRS Barthel Scale Follow-up nach 20 Wochen	192 Personen follow-up => davon haben 70 QOL-AD am Anfang und follow-up bewertet In 3 Gruppen aufgeteilt. 1. Anstieg von Q.o.L. 2. Keine Veränderung 3. Reduzierung Höhere Q.o.L. Werte bei follow-up verbunden mit: - weniger depressive Symptome $p < 0,005$ - weniger Angst bei baseline $p < 0,005$ - weniger Angst bei follow up $p < 0,001$ Pflegepersonal: Höhere Q.o.L. Werte korrelierten mit: - weniger depressiven Symptomen $p < 0,01$ - weniger kognitive Beeinträchtigungen $p < 0,01$ - niedrigere Q.o.L bei baseline $p < 0,001$ - weniger unerfüllte Bedürfnisse $p < 0,006$ niedrigere Q.o.L. Werte	Weniger depressive Symptome und Angst beeinflussen die Q.o.L positiv Verschlechterung der Stimmungslage verbunden mit subjektiven Wohlbefinden, Freude, Selbstwertgefühl => wirkt auf die Q.o.L Mangel an sozialen Beziehungen wirkt auf die Q.o.L. => stärken	3A

				verbunden mit: - Abhängigkeit $p < 0,001$ - Kognitiver Regression $p < 0,01$ - Verhaltenstörungen $p < 0,001$		
Lamoureux 2009 Australien	Grad der Sehbeeinträchtigung und der Einfluss auf Depression und Q.o.L	76 Bewohner aus 3 Heimen 60% ♀ Ø Alter: 83,9±9,9 J.	Querschnittstudie Subskalen des NHVQOL wurde verwendet PHQ9 6- CIT E-Test	46,4% => beidseitige Sehbeeinträchtigung 59% => mind. Milde Kurzsichtigkeit 16% => von depressiven Symptomen betroffen Aber Depression war nicht mit Fehlsichtigkeit assoziiert $p > 0,05$ Weit- und Kurzsichtigkeit waren negativ bei 7 von 8 Subskalen verbunden Q.o.L. Aspekte die am meisten beeinflusst waren: - allgemeines Sehvermögen - Lesen - Hobbys - emotionales Wohlbefinden - soziale Interaktion	Fehlsichtigkeit hat einen großen Einfluss auf die Q.o.L => Einfluss auf viele Bereiche wie Aktivitäten und auch soziale Interaktion mehr Forschung in dem Bereich um Personen mit Fehlsichtigkeit zu unterstützen	3B

Torvik et al. 2008 Norwegen	Unterschied zwischen Patientinnen im Pflegeheim, welche Schmerzen haben und denen die keine Schmerzen beschreiben Zusammenhang zwischen Schmerz und QoL in dieser Population	106 Patientinnen Aus 7 Pflegeheimen 75 Personen ♀ Ø Alter: 86 J Einschlusskriterien: Mini mental Status Test >11 (0-30)	Querschnittstudie Interviews Demographie und medizinische Merkmale: Medikation mit dem ATC System klassifiziert: 1 keine Opiate 2 schwache Opiate 3 starke Opiate Schmerz: Gemessen mit einer Verbal rating scale (VRS)“ Patientinnen ohne Schmerzen berichteten => „no pain group“ anderen => „pain group“ MMSE Q.o.L.: DQoL 29 items, 5 Bereiche Höhere Werte => bessere QoL außer bei dem Bereich „negative Effekte“ Instrument wurde vom englischen ins norwegische übersetzt und rückübersetzt	55% hatten Schmerzen, die häufigsten Diagnosen: 29% Schlaganfall, 19,8% Frakturen, 17% Arthritis und Myalgie, 12,3% Angina pectoris, 12,3% Knie- und Hüftprothesen Keine signifikanten Unterschiede zwischen Patientinnen mit und ohne Schmerzen bezüglich Alter, tägliches Leben, kognitive Funktionen und Geschlecht. Aber Patienten aus der „pain group“ erhielten stärkere Medikation 87% der Patientinnen hatten leichte oder mäßige kognitive Beeinträchtigungen Durchschnittswert MMSE 19 Allgemeiner Wert. 3,5, zeigt eine gute Q.o.L. Signifikanter Zusammenhang zwischen „negative Effekte“ und	Schmerz ist ein großes Problem für Patientinnen in einem Pflegeheim Schmerz hat negative Auswirkungen auf die Stimmungslage Weitere Forschung betreffend dem Zusammenhang zwischen Schmerz und negativen Gefühlen wird benötigt	3A
--	--	---	---	--	--	-----------

				Schmerz ($t = 3,17$; $p < 0,01$) und Schmerzintensität ($r = 0.40$; $p < 0,01$) Keine signifikanten Zusammenhänge zwischen anderen Bereichen und Schmerz		
Deschamps et al. 2009 Frankreich	Effekt von einem Cognition-action Programm auf die HRQOL bei Pflegeheimbewohnerinnen	52 Personen aus 3 Heimen 58% ♀ 65-94 Jahre	Quasi experimentell (keine Kontrollgruppe) Intervention über 24 Wochen mit: Tai Chi (n=26) oder CA (n=26) Instrumente: MMSE SF-12 (PCS und MCS9) FES DSM-IV-TR GDS-SF	Ø Wert MMSE: 19,98 hat sich nicht verändert Veränderungen bei PCS, MCS, FES, self-efficacy In beiden Gruppen Verbesserungen bei: PCS $p < 0,001$ MCS $p < 0,001$ FES $p < 0,001$ Self-efficacy $p < 0,01$ Kein signifikanter Unterschied zwischen den Interventionsgruppen Verbesserungen bei GDS $p < 0,05$	CA und Tai Chi haben gleichen Nutzen für die HRQOL Innerhalb von kurzer Zeit gute Ergebnisse Kein Unterschied bzgl. kognitiven Zustand längere Interventionen und zielgerichtete Übungen	2B
Dechamps 2010 Frankreich	Wirksamkeit von einem Übungsprogramm um ein Absinken der HRQOL zu verhindern	160 Personen aus 4 Heimen 71,7% ♀ Ø Alter: 82,6 J.	RCT 2 Programme: Tai Chi (n=51) CA (n=49) Kontrollgruppe n=60	Von 160 => 146 6M Intervention 135 bei follow-up Kontrollgruppe: ADL schlechter aber nicht signifikant für Tai Chi	ADL Scores in der Kontrollgruppe niedriger aber nicht signifikant Trotz Randomisierung waren in der Tai Chi Gruppe weniger Personen mit kognitiver B. als in der Kontrollgruppe =>	1A

			6 Monate Intervention und 6 Monate follow-up MMSE MNA ADL NPI	p=0,24 und CA p=0,15 Score für neuropsychiatrische Messung signifikant schlechter in der Kontrollgruppe Kontinenz, Ernährung und Gehfähigkeit (ADL) war in CA signifikant besser als bei der Kontrollgruppe Keine Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen	beeinflussung Dennoch gab es Veränderungen Keine Verbesserung bei höherer Anzahl von Übungen Individuelle Übungen gestalten	
Kerse et al 2008 Neuseeland	Wie wirkt sich ein Übungs- Programm auf physische Funktion, Stürze und Q.o.L. aus?	682 Personen aus 41 Heimen 74% ♀ Ø Alter: 84J.	RCT mit 1 Jahr follow-up Instrumente: Mental Test FICSIT EuroQOL Satisfaction index Depression und fear of falling Scale 330 Personen Interventionsgruppe mit Bewegung Ziel wurde formuliert 330 Personen bekamen Besuch um Aufmerksamkeit	70% beendeten die Studie Kognitiv intakte Personen mögen Unterstützung bei allgemeiner Funktion und Mobilität erfahren haben p=0,024 Aber im Großen und Ganzen hatte das Programm keinen Nutzen! In der Interventionsgruppe stieg die Wahrscheinlichkeit für Depression	Ergebnisse von fraglicher Signifikanz Intensität war gering Keine psychischen Faktoren gemessen In weiteren Studien Mobilität besser messen, höhere Intensität	1C

			auszugleichen			
Lee et al 2009 China	Wirkung von Tai Chi auf die HRQOL	139 Personen aus 6 Heimen 67% ♀ Ø Alter: 82,7 J	Quasi experimentell Pretest-posttest 2 Heime (n=66) Interventionsgruppe 4 Heime (n=73) Kontrollgruppe Instrumente: SF-12 State Self Esteem Satisfaction with the nursing home Instrument Interventionsgruppe: Tai Chi über 26 Wochen 3 Messpunkte	Anstieg von Selbstbewusstsein und HRQOL in der Interventionsgruppe Zufriedenheit: Korrelation mit physischer und psychischer Komponente der HRQOL-SF-12 $p < 0,01$ =>Kovariable Signifikante Verbesserung der HRQOL zwischen den Gruppen über 26 Wochen $p < 0,05$ Keine Korrelation bei physical activity, Balance, Flexibilität	Tai Chi ist eine geeignete Maßnahme um die HRQOL zu verbessern Unterschied mit anderen Programmen? Durchführbarkeit von Tai Chi ist einfach – geringes Risiko einer Verletzung Präventivmaßnahme um den Heimeintritt zu verhindern oder zu verschieben	2A
Lobo et al. 2008 Portugal	Beziehung zw der Intensität physischer Aktivität und HRQOL	185 Personen mit ähnlichen Gesundheitszustand und selbe Medikation mehr Frauen als Männer Alter: 73-87J.	Quasi experimentell MOS-SF-36 BMI MIT Actigraph Personen wurden eingeteilt in: - wenig aktiv - einigermaßen aktiv - mehr aktiv Tägliche körperliche	Verschiede Krankheiten: 11 Osteoporose 24 Diabetes 2 Kolostomie 7 Atemwegserkrankung 5 Arthritis Ø 7 Medikamente ♂ hatten größere Anzahl von Zählungen pro min. in allen 3 Gruppen aber nur zwischen Gruppe 2 und 3	Studie zeigt, dass jede Form von Aktivität besser ist für die Q.o.L. als keine Aktivität Bewohnerinnen fördern indem sie bei täglichen Aktivitäten helfen wie z.B.: betten machen, Essen vorbereiten	2A

			Aktivität wurde gemessen über 7 Tage mit Actgraph Zählungen pro min.	signifikant $p < 0,05$ ♂ von der „wenig aktiv“ Gruppe hatten einen signifikant höheren einen BMI Personen aus der „mehr aktiv“ Gruppe hatten höhere Werte bei SF-36 $p < 0,05$		
Stathi & Simey 2007 UK	Effekt von einem Bewegungsprogramm auf die Q.o.L.	14 Personen aus 1 Heim 7 bei follow-up 12 ♀ Alter: 86-99 J.	Qualitative Studie Intervention: Bewegungsprogramm zur Sturzprävention Baseline: Interviews mit Personen die schon gestürzt sind Follow-up: Offene Interviews=> codiert=> Kategorien gebildet	4 Kategorien 1. Erwartungen das Programm 2. Erleben von Stürzen 3. Schwierigkeiten 4. Nutzen 1. ältere Teilnehmer hatten keine hohen Erwartungen, Autonomie in der Lebensführung wichtig für Q.o.L. 2. war negativ mit körperlichen Fähigkeiten & Mobilität verbunden 3. Angst sich zu verletzen 4. Erfolgreiche Erfahrung=> Motor für Selbstvertrauen	Passiver Lebensstil unterbrochen=> bessere Mobilität, mehr Unabhängigkeit, soziale Interaktion, Spaß, Selbstvertrauen	3B

Taguchi et al. 2009 Japan	Effekt eines Übungsprogramms auf die physische Aktivität und Q.o.L.	65 Personen mit Pflegestufe 1 oder darunter 53 ♀ Ø Alter: 85J.	Quasi experimentell 31 Personen Interventionsgruppe 34 Personen Kontrollgruppe Übungsprogramm für 12 Monate unter Anleitung und alleine Instrumente: IADL MMSE PGC GDS TMIG-IC FES	Interventionsgruppe follow-up: 25 Kontrollgruppe follow-up 28 Signifikante Verbesserung bei der Interventionsgruppe bei: körperliche Leistungsfähigkeit, sit and reach test, IADL, FES Kontrollgruppe: signifikante Verschlechterung der Greifstärke und Gehdistanz	Übungsprogramm hatte gute Beteiligung, keine Verletzungen, lässt sich leicht durchführen Präventivmaßnahme Aber tägliche physische Aktivität sank in beiden Gruppen => nicht ausreichend Personen nur zu ermutigen alleine Bewegung zu machen	2B
Takeuchi et al. 2011 Japan	Verschiedene Übungsprogramme und ihre Wirksamkeit auf die Q.o.L und Aktivität	26 Personen aus 1 Heim 24 ♀ Interventionsgruppe1 n=14 Alter: 85,7±3,9 Interventionsgruppe2 N=12 Alter: 85,8±7,8	Quasi experimentell Gruppe 1: Physiotherapie & Walking Programm Gruppe 2: nur Physiotherapie Über 4 Monate Instrumente: LISA PGC Hasegaws Dementia Scale Physische Funktionen	LISA: signifikante Veränderung bei Gruppe1 p<0,05 PGC: signifikante Veränderung bei Gruppe 1p<0,01	Größte Veränderung nach Einführung des Walking Programms ⇒ auch durch soziale Interaktion ⇒ Teilnahme an täglichen Aktivitäten steigt	2B

			Gemessen			
Falk et al. 2008 Schweden	Auswirkung von Modernisierung eines Heims auf die Q.o.L.	41 Personen Heim A&B 71 Personen Heim C mehr Frauen Ø Alter: 86-88J	Quasi experimentell Heim A&B wurde modernisiert Heim C = Kontrollgruppe Instrumente: QUALID PMAS GBAS Interviews	Unterschiede bei QUALID p=0,007 PMAS p=0,02 GBAS p=0,01 Verschlechterung bei Gruppe in Heim A&B! Großteil gab an von den Maßnahmen nicht betroffen zu sein	Bewohner reagieren sensibler auf Modernisierung als angenommen (Verschlechterung bei A&B) Neues Design eines Heims reicht nicht aus um Q.o.L. zu verbessern Instrumente waren neu! Studien mit anderen Instrumenten und größerem Sample	2C
Naito et al. 2009 Japan	Auswirkung von zahnmedizinischen Behandlungen auf die Q.o.L und Aktivitäten	25 Personen aus 7 Heimen mehr Frauen Interventionsgruppe n= 11 Alter: 78,2±9,9 J. Kontrollgruppe n=14 Alter 81,2±7,9 J.	Quasi experimentell Interventionsgruppe: über 6 Wochen Behandlungen Instrumente: GOHAI FIM BMI	Signifikante verbesserung bei der Interventionsgruppe bei GOHAI p=0,04 Unterschiede zw. den Gruppen signifikant p<0,05 Unterschied bei FIM signifikant zw. Gruppen p=0,03	In 6 Wochen verbesserte sich die HRQOL und die Kommunikationsfähigkeit (ADL) Behandlung unterstützt orale Funktion => bessere Kommunikation	2B
Nijs et al. 2006	Effekt von familiär gestalteten Essenzeiten auf die Q.o.L. und	178 Personen aus 5 Heimen	RCT Intervention über 6	Unterschied in der Veränderung zwischen den Gruppen signifikant: p<0,05	Familiär gestaltete Essenzeiten unterstützen die Q.o.L, körperliche	1A

Niederlande	körperliche Leistung	Mehr Frauen Ø Alter: 77J. Interventionsgruppe: 95 Kontrollgruppe: 83 ausgeschlossen bei künstlicher Ernährung	Monate Mahlzeiten wurden verändert: Menü Auswahl, Blumen, keine anderen Aktivitäten nebenbei etc. Kontrollgruppe hatte gleiches Essen aber es war vorher angerichtet Instrumente: BMI Q.o.L. mit Interview und Fragebogen erhoben Physical performance test Gewicht	Unterschiede bei Gewicht	Leistung und Gewicht Mit motivierten Pflegepersonen lässt sich so ein Programm gut und kostengünstig implementieren	
Owsley 2007 USA	Auswirkung einer Katarakt OP auf die HRQOL	30 Personen mehr Frauen Ø Alter: 81-87 J. mit grauen Star Einschlusskriterien: MMSE >13	Quasi experimentell Vor und nach der OP Q.o.L. bewertet Instrumente: ETDRS Visual Acuity Test NHVQOL SF-36 GDS Cataract Symptom Score	Sehschärfe in der Nähe und Distanz und Kontrastsensitivität steigerten sich in der OP Gruppe signifikant p<0,001 OP Gruppe Verbesserungen bei: generellem Sehvermögen, Lesen, psychischen Leid, und sozialer Interaktion	Bewohnerinnen mit funktionalen Problemen hatten eine signifikante Verbesserung hinsichtlich der Q.o.L bzgl. Sehvermögen und eine Verbesserung des Sehvermögens	2B
Rondanelli et al. 2010	Auswirkung von Omega-3 Fettsäure auf depressive Symptome und HRQOL bei Frauen mit Depression	64 Frauen ♀ Alter zw. 66-99 J.	RCT Interventionsgruppe: über 8 Wochen Omega-3	46 Teilnehmerinnen 22 Interventionsgruppe 24 Kontrollgruppe	Studie zeigt deutlich, dass Omega-3 Fettsäuren depressive Symptome signifikant reduzieren und	1A

Italien			Fettsäure Kontrollgruppe: über 8 Wochen Placebo Instrumente: GDS SF-36 Blutproben Anhand der Blutproben wurde die Dosis bestimmt	Nach 8 Wochen: Ø GDS Werte signifikant geringer in der Interventionsgruppe $p < 0,017$ Signifikanter Unterschied zw. den Gruppen bei SF-36 $P < 0,001$	eine Auswirkung auf Q.o.L. haben Relevante Ergebnisse da Depression häufig bei älteren Menschen vorkommt => keine Nebenwirkungen	
Rondanelli et al. 2011 Italien	Auswirkung von Aminosäuren auf die Kraft und Q.o.L	41 Personen 58,5% ♀ Alter: zw. 75-95J. 20 P. Interventionsgruppe 21 P. Kontrollgruppe	RCT Interventionsgruppe: Über 8 Wochen Aminosäure verabreicht Kontrollgruppe: Über 8 Wochen Placebo Instrumente: GDS MNA HG ADL SF-36	Verglichen mit Kontrollgruppe Verbesserungen bei: MNA $p < 0,04$ GDS $p < 0,001$ HG $p = 0,001$ ADL $p < 0,04$ SF-36 $p < 0,002$ Kein Unterschied bei demografischen Daten	Nahrungsergänzung mit Aminosäuren verbessern verschiedene Faktoren von HRQOL, Ernährung, depressive Symptome, Muskelstärke und tägliche Aktivitäten Erhöht Serotonin => bessere GDS scores Möglicherweise auch besser geeigneter als Proteinnahrung für den Aufbau von Muskeln	1B

Hoe et al. 2006 UK	Die Sichtweise von Bewohnern und Pflegepersonal bezüglich der Lebensqualität jedes einzelnen Bewohners vergleichen Faktoren identifizieren, welche mit der Bewertung der Lebensqualität einhergehen	238 Bewohner aus 24 Pflegeheimen welche an Demenz erkrankt waren Ø Alter: 86,5 80,7% ♀ 33,5 Monate im Heim Ausschlusskriterien: Bewohner die in naher Zukunft das Pflegeheim verlassen	Querschnittstudie Interviews Die Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoL-AD) Skala wurde sowohl für Bewohner als auch für das Pflegepersonal verwendet Interviews und Beobachtung Weitere Instrumente: MMSE CDR Cornell Scale RAID CANE CBS CAPE-BRS Barthel Index Für die Bewohner, welche mindestens 1 Monat in dem Pflegeheim leben wurde eine Fallaufzeichnung und ein Interview durchgeführt um den Demenzgrad nach dem DSM 4 Klassifikationssystem festzulegen	Ø CDR Score: 2,0 Ø Barthel Index: 63,8 Ø CAPE-BRS: 16,8 Ø CBS: 26,8 Ø Cornell Scale: 5,8 Ø RAID: 6,1 CANE: Ø 12,1 erfüllte Bedürfnisse Ø 4,4 nicht erfüllte Bedürfnisse 186 Bewohner haben den MMSE absolviert Ø 8,7 123 Bewohner und 224 Pflegepersonen absolvierten die QoL-AD Skala Ø Bewohner: 33,1 Ø Pflegepersonen: 29,9 Bei ein oder max 2 fehlenden Items wurde der Ø Wert verwendet bei mehr fehlenden Items => Ausschluss 119 abgeschlossene Skalen Bewohner: Hohe QoL Werte waren	Die QoL-AD Skala kann als effektives Instrument verwendet werden Die Stimmung (Schwere einer Depression) waren die Haupteinflussfaktoren der QoL bewertet durch die Bewohner Bewertungen des Pflegepersonals war stark mit dem Level der Abhängigkeit (des Bewohners) verknüpft Daraus folgt, dass Pflegepersonal der Stimmung ihrer Klienten mehr Aufmerksamkeit schenken sollten als dem Grad der Abhängigkeit	3A
--------------------------	---	---	---	--	--	----

				signifikant verbunden mit geringerer depressiver Stimmung (Cornell -0,53 $p \leq 0,0001$), geringerer Angst (RAID -0,50 $p \leq 0,001$), mehr erfüllten Bedürfnissen und geringeren kognitiven Einschränkungen Pflegepersonal: Hohe QoL Werte waren signifikant verbunden mit geringeren körperlichen Einschränkungen, geringeren kognitiven Einschränkungen, geringere depressive Stimmung und Angst, weniger unerfüllte Bedürfnisse Weitere Analyse mit den Werten des Pflegepersonals: Hohe Signifikanz mit CAPE-BRS (-0,47), Barthel (0,36), CDR (-0,32), CBS (-0,28), MMSE (0,27), RAID (-0,25) und unerfüllten Bedürfnissen (-0,30) Signifikanzwert bei allen 0,001 => Verbindung zwischen den Werten des Pflegepersonals und dem Grad der Abhängigkeit eines Bewohners		
--	--	--	--	---	--	--

				Regressionsanalyse um herauszufinden welche Skalen sich für eine Vorhersage der QoL-AD Werte eignen Bewohner Bewertung: signifikant mit Cornell und RAID Pflegepersonal Bewertung: CAPE-BRS		
Kane et al. 2006 USA	Sichtweise von Pflegepersonen hinsichtlich ihren Fähigkeiten Q.o.L. zu beeinflussen	Verschiedene Personen Pflegepersonen: RN LPN CNA MD SW AT Insgesamt 192 Überwiegend Frauen außer bei Ärzten	Qualitative Studie Fragebogen für 2 Szenarien: Physisch beeinträchtigt und kognitiv gesund & physisch gesund und kognitiv beeinträchtigt Fragebogen betreffend Einstellungen, Annahmen und Überzeugungen für Pflegeheime	CNA's schätzten bei beiden Szenarien ihre Fähigkeit zu beeinflussen höher ein als andere MD's schätzten ihre Fähigkeiten am geringsten außer bei „pain“ und „discomfort“ Sichtweise auf die Fähigkeit Q.o.L. zu beeinflussen korrelierte mit der Einstellung zu Pflegeheimen Fähigkeit zu beeinflussen bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen wurde höher eingeschätzt	CNA's waren bei der Einschätzung optimistischer => fühlen sich dem Patienten am nächsten Einstellung der Pflegepersonen und Einschätzung zur Möglichkeit Dinge zu verändern korrelierte	3A
Robichaud et al.	Interpersonale und Umgebungs-	27 (19 Bewohner)	Qualitativer Ansatz	11 QoL Indikatoren wurden identifiziert	Die Meinungen der Bewohner respektieren	3B

2006 Kanada	Merkmale für die bestmögliche Lebensumwelt in einer Pflegeeinrichtung identifizieren	(8 Angehörige) 14 ♀ (Bewohner) Ø Alter: 82,5 Von 5 Pflegeheimen Fähigkeit zu kommunizieren Fähigkeit ein paar Menschen aus der Einrichtung zu erkennen 5 mit Demenz	Semistrukturierte Interviews mit Hilfe von einem Fragebogen Transkripte und Inhaltsanalyse Pilot Test	Am Wichtigsten: 1. mit Respekt behandelt werden 2. Beteiligung an Beziehungen 3. Kompetenz der Pflegekräfte Unterschiede bei Bewohnern und Angehörigen Priorität der Bewohner: Beziehungen Priorität der Angehörigen: Lebensumwelt	Die Bedeutung der Gemeinschaft im Pflegeheim fokussieren Weitere Studien generieren	
----------------	--	---	--	--	---	--

Curriculum Vitae

Carina Brauneis

Putzendoplergasse 18/39/2
1230 Wien

Geboren am: 20.06.1986 in Wien
Staatsbürgerschaft: Österreich
Tel.: 0676/7620269
E-mail: carina@brauneis.com

Ausbildung

Seit Oktober 2005
2004
2004
2000 – 2004
1996 – 2000
Wien
1992 – 1996

Studium der Pflegewissenschaft in Wien
Ein Semester Psychologie studiert
Matura
ORG Anton-Kieger-Gasse 1230 Wien
Mittelschule Anton-Krieger-Gasse 1230
Volksschule Draschestraße 1230 Wien

Studienbegleitende Tätigkeiten

Teilnahme am Kongress: „4. Internationaler Pflegekongress“ in
Witten/Deutschland im Oktober 2007

Ehrenamtliche Mitarbeit im Evangelischen Diakoniewerk im Sommer 2008

Seit November 2012 Mitglied des Patientenhilfsteams der Rudolfstiftung

Sprachkenntnisse

Englisch in Wort und Schrift
Ein wenig italienisch

Sonstige Kenntnisse

MS-Office