

## **Bachelorarbeit**

# **Gesundheitsförderliche Ansätze sowie Umgang mit ängstlichen Patient-/innen im stationären Setting durch die Pflegeperson**

eingereicht von

Magdalena Maria Walter

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Dr.med.univ. Christian Vajda, MPH

Graz, 26.05.2020

## **Eidesstattliche Erklärung**

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

*Mai 2020*

*Magdalena Walter, eh.“*

## Zusammenfassung

Hintergrund: Angst im Krankenhaus kann durch unterschiedliche Situationen hervorgerufen werden, wie beispielsweise vor Operationen, bei einer Diagnosestellung oder durch die Konfrontation mit dem Tod. Pflegekräfte werden dahingehend oft mit ängstlichen Patientinnen und Patienten im stationären Setting konfrontiert. Zudem zählen Angststörungen europaweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Die Erhaltung sowie die Förderung der psychischen Gesundheit sind deshalb in der Pflege von grundlegender Bedeutung.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist die Erhebung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, die bei ängstlichen Patientinnen und Patienten von Pflegepersonen im stationären Setting gesetzt werden können.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL, sowie eine Handsuche in Google Scholar und Referenzlisten der gefundenen Studien durchgeführt. Nach einer kritischen Beurteilung mit dem Bewertungsbogen von Hong et al. (2018) wurden acht geeignete Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgewählt und analysiert.

Ergebnisse: Zur Reduktion von Angst tragen vor allem Beratung und Edukation bei, die in Form von Einzel- oder Gruppengesprächen durch eine Pflegeperson durchgeführt werden können. Auch der Einsatz von Entspannungsmaßnahmen wie das Hören von Musik, progressive Muskelentspannung oder Fußreflexzonenmassage stellen wesentliche Faktoren zur Linderung von Angst dar. Neben diesen wirkt sich auch körperliche Betätigung positiv auf die Angstbewältigung aus.

Schlussfolgerung: Der Einsatz der hier angeführten gesundheitsförderlichen Maßnahmen bei ängstlichen Patientinnen und Patienten trägt wesentlich zur Angstminderung bei. Die Förderung der Selbstwirksamkeit und die positive Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten und der Pflegepersonen spielen dabei eine wichtige Rolle. Angst tritt häufig im stationären Setting auf, weshalb weitere Forschung in diesem Gebiet empfohlen wird.

Schlüsselwörter: health promotion, anxiety (panic), in-patient (hospital, clinic, ward), nurse (caregiver, care provider, caretaker)

## **Abstract**

**Background:** There are different situations in a hospital that can cause anxiety in hospitalized patients such as pre-operative anxiety, anxiety after and before diagnosis and death anxiety. Nurses will be confronted with anxious patients when they experience anxiety-caused symptoms. In addition, anxiety disorders are deemed to be the most prevalent mental health disorders throughout Europe. Anxious patients benefit from health-promoting interventions through nurses. Preservation and promotion of mental wellbeing are therefore vital for a holistic care concept.

**Aim:** The aim of this bachelor thesis is to examine health-promoting interventions for anxious patients, that can be performed by nurses in clinical settings.

**Method:** To answer the research question, a literature search was carried out in the databases PubMed and CINAHL, as well as in Google Scholar and reference lists. After a critical assessment using the critical appraisal tool of Hong et al. (2018), eight suitable studies were selected and analysed.

**Results:** Counselling in form of face-to-face education or group talks through nurses can be used to reduce anxiety. Music therapy, progressive muscle relaxation, and foot-reflexology can also have a soothing effect. In addition to relaxation techniques, exercise has a positive impact on anxiety in patients.

**Conclusion:** Health promoting interventions that are described in this paper are known to reduce anxiety in anxiety-burdened patients. The promotion of self-efficacy and the promotion of a positive patient-nurse relationship play an essential role. Anxiety occurs in many other in-patient situations which requires further research.

**Keywords:** health promotion, anxiety (panic), in-patient (hospital, clinic, ward), nurse (caregiver, care provider, caretaker)

# Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung .....	II
Zusammenfassung .....	III
Abstract .....	V
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	VIII
Abbildungen .....	VIII
Tabellen .....	VIII
1. Einleitung .....	1
1.1. Hintergrund .....	1
1.2. Angst .....	1
1.2.1. Definition .....	1
1.2.2. Entstehung von Angst .....	3
1.2.3. Formen von Angst .....	5
1.2.4. Der Pflegeprozess bei Angst .....	6
1.2.5. Angst im Krankenhaus .....	7
1.2.6. Der Teufelskreis der Angst .....	9
1.2.7. Funktionen und Folgen der Angst .....	9
1.2.8. Angststörungen .....	10
1.2.9. Bewältigung und Therapie der Angst .....	12
1.2.10. Medikamentöse Therapie .....	15
1.3. Gesundheitsförderung .....	16
1.3.1. Definition .....	16
1.3.2. Das Konzept der Salutogenese .....	17
1.3.3. Die Pflgetheorie von Dorothea Orem .....	18
1.4. Pflegerelevanz des Themas .....	18
1.5. Ziel und Forschungsfrage .....	19
2. Methode .....	20
2.1. Ein- und Ausschlusskriterien .....	21
2.2. Datenanalyse und Bewertung .....	21
3. Ergebnisse .....	24
3.1. Edukative Maßnahmen .....	27
3.2. Maßnahmen zur Entspannung .....	29
3.3. Bewegungsmaßnahme .....	31
4. Diskussion .....	33

4.1. Stärken und Limitationen .....	37
5. Implikationen für Forschung und Praxis.....	38
6. Schlussfolgerung .....	39
7. Referenzliste.....	41
Anhang.....	45
Qualitätsbewertung der inkludierten Studien.....	45

# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

## **Abbildungen**

Abbildung 1: Teufelskreis der panischen Angst (Schmidt-Traub, 2013, p.29).....	9
Abbildung 2: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Page & Moher, 2017) .....	23

## **Tabellen**

Tabelle 1: Mögliche Pflegediagnosen bei Patientinnen und Patienten mit Angst (Sauter et al., 2011, p. 645).....	7
Tabelle 2: Suchstrategie in den Datenbanken PubMed und CINAHL .....	20
Tabelle 3: Charakteristika der inkludierten Studien .....	25

# **1. Einleitung**

Im folgenden Kapitel wird zunächst der theoretischen Bezugsrahmen hinsichtlich Angst und Gesundheitsförderung näher erläutert. Im weiteren Verlauf wird die Relevanz der Pflege aufgezeigt, die auf die Fragestellung und das Ziel der Arbeit hinführt.

## **1.1. Hintergrund**

Angst ist in jedem Menschen biologisch festgesetzt und hilft ihm, Bedrohungen wahrzunehmen und auf diese zu reagieren. Neben dem Erkennen von Gefahren gilt sie jedoch auch als „Kernsymptom“ psychiatrischer Erkrankungen, wie beispielsweise der Angststörung (Sauter et al., 2011, p. 641). Ohne effektive Behandlung haben psychische Erkrankungen enorme Auswirkungen auf den Alltag betroffener Menschen und beeinträchtigen die physische Gesundheit (Eisenberg, 1999). Laut OECD ist die häufigste psychische Erkrankung europaweit die Angststörung, von der 25 Millionen Menschen in Europa betroffen sind. In Österreich leiden 17,7% der Bevölkerung an einem psychischen Gesundheitsproblem, davon sind beinahe ein Drittel Angsterkrankungen (OECD/EU, 2018). Diese beeinträchtigen einerseits die betroffene Person und haben andererseits auch einen negativen Einfluss auf das Gesundheitssystem (Bach et al., 2018). Nachdem so viele Menschen an Angststörungen leiden, ist Angst im Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten keine Seltenheit. Pflegepersonen haben vor allem dann mit ängstlichen Patientinnen und Patienten zu tun, wenn Betroffene lebensbedrohende Krankheiten aufweisen. Um diesen Patientinnen und Patienten helfen zu können, müssen sich Pflegende in erster Linie mit deren Ängsten auseinandersetzen (Sauter et al., 2011). In diesem Zusammenhang wurde gezeigt, dass ängstliche Patientinnen und Patienten vom Einsatz gesundheitsfördernder Maßnahmen profitieren (Schmidt-Traub & Lex, 2005).

## **1.2. Angst**

### **1.2.1. Definition**

Im Allgemeinen wird Angst als „unangenehmer Zustand“ beschrieben, der in einer bedrohlichen Situation eintritt (Bernitzke, 2011, p. 276). Das Wort „Angst“ kommt

aus dem Lateinischen (angustus) und bedeutet „eng“ (Altenthan et al., 2008, p. 182).

*„Angst ist ein als beklemmend, bedrückend und unangenehm erlebter Ich-Zustand, der für das Individuum eine Bedrohung darstellt, mit physiologischen Vorgängen verbunden ist und das Verhalten beeinflusst“ (Altenthan et al., 2008, p. 183).*

Die Begriffe Angst und Furcht werden häufig gemeinsam verwendet, da sich der „Bewusstseinsgrad des Angst-/Furchtreizes“ schwer unterscheiden lässt (Bernitzke, 2011, p. 276). Eine „übertriebene“ Angst, die oft ohne Grund auftritt, wird als Panik bezeichnet (Bandelow, 2013, p. 11). Im Gegensatz zum Zustand der Angst bzw. Furcht, der durch einen bestimmten Reiz ausgelöst wird, beschreibt eine Phobie hingegen eine andauernde, „übertriebene Angst-/Furchtreaktion“, bei der durch kleinste Reizungen schwerste Reaktionen von Angst ausgelöst werden können (Bernitzke, 2011, p. 176).

Laut Schmidt-Traub (2013) äußert sich das Gefühl panikartiger Angst in drei Reaktionsebenen:

### 1. Körperliche Ebene der Angst

Die körperlichen Symptome, die während des Panikerlebens entstehen, werden meist am stärksten wahrgenommen. Dazu gehören Schwindel, Herzrasen, Druck auf der Brust, Atemnot oder Engegefühl. Dabei handelt es sich um ungefährliche vegetative Symptome, die aber von Betroffenen als schwerwiegend erlebt werden. Angst löst ähnliche Reaktionen wie Stress aus: der Sympathikus wird aktiviert, der Hypothalamus und das limbische System lösen eine Ausschüttung der Stresshormone Adrenalin, aber auch Noradrenalin, Cortisol und Kortison aus. In weiterer Folge werden organische Veränderungen im Körper ausgelöst (Schmidt-Traub, 2013, pp. 20-21):

- Verengung der Gefäße, Antrieb des Herz-Kreislauf-Systems
- Freisetzung von Zucker aus der Leber, Zunahme der Muskelanspannung
- Aktivierung der Schweißdrüsen, Mundtrockenheit
- Bronchienerweiterung, Hyperventilation

- Unterdrückung der Darmfunktion und des Immunsystems

Als Ausgleichsreaktion folgt nach ein paar Minuten die Aktivierung des Parasympathikus. Vorgänge der Verdauung werden meist angekurbelt, es kann zu Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Harndrang kommen (Schmidt-Traub, 2013).

## 2. Kognitive Ebene der Angst

In der Kognition von ängstlichen Personen dominieren Angstgedanken, -vorstellungen und -bewertungen. Sie fürchten Symptome der Angst und panikbehaftete Situationen. Allein die Vorstellung einer Angstsituation löst eine negative Selbstbeeinflussung (Autosuggestion) aus (Schmidt-Traub, 2013, p. 24). Der Mut, sich der Situation zu stellen, geht meist durch das Verlieren des Sicherheitsgefühls verloren. Stellen sich ängstliche Personen jedoch der Situation und scheitern an ihrer Bewältigung, treibt dies Betroffene meist zur Gänze in ein unkontrolliertes Panikerleben (Schmidt-Traub, 2013, p. 22).

## 3. Motorische Ebene der Angst

Die letzte Reaktionsebene beinhaltet Symptome wie Zittern, Unsicherheit in der Stimme oder Handlungsdrang (z. B. Weglaufen). Zudem kommt es zu Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen wie dem Führen einer lockeren Konversation oder beim Auftreten in der Öffentlichkeit. Aber auch die Konzentration und das Durchhaltevermögen werden negativ beeinflusst (Schmidt-Traub, 2013, p. 25).

Angst kann beispielsweise durch Spielbergers State-Trait-Anxiety Inventory (STAI) gemessen werden. Es zeigte sich, dass das STAI hervorragende psychometrische Eigenschaften mit hohen Reliabilitäten und Validitäten aufweist (Barnes et al., 2002, Kabacoff et al., 1997). Die sogenannte State-Angst wird als Zustandsangst beschrieben, der in jedem Menschen verankert ist. Im Gegensatz dazu wird Trait-Angst als überdauernd definiert wird und es individuelle Unterschiede zwischen den Menschen gibt (Spielberger et al., 1990).

### **1.2.2. Entstehung von Angst**

Laut Altenthan et al. (2008) gibt es unterschiedliche wissenschaftliche Theorien und Ansätze zur Erklärung der Entstehung von Angst:

Es existieren evolutionsbiologische Ansätze, die Angst als Signal von Gefahr darstellen, welches eine Folgereaktion zur Folge hat.

Aus neuropsychologischer Sicht entsteht Angst aus biologischen Prozessen. Die Sicherstellung der Zusammenarbeit von Nerven-, Hormon- und Sinnessystem ermöglicht das Verhalten und Erleben von Angst (Altenthan et al., 2008, p. 45).

In der Tiefenpsychologie (Psychoanalyse) hängt die Angstenstehung mit dem Ungleichgewicht zwischen Persönlichkeitsinstanzen (Es, Ich, Über-Ich) und der Realität zusammen. Zudem besagt die tiefenpsychologische Theorie nach Freud, dass Konflikte und Probleme, die mit der frühkindlichen Entwicklung der Libido zusammenhängen, auch zur Angstenstehung beitragen (Altenthan et al., 2008, pp. 183-184).

Eine andere Erklärung liefern Lerntheorien, die besagen, dass Angst etwas Erlerntes ist. So wird zum Beispiel in der Konditionierungstheorie, welche den Fokus auf erlerntes Reiz-Reaktionsmuster legt, auf die ein bestimmtes Verhalten folgt. Angst kann hier im Zusammenhang mit einer bestimmten Handlung hervorgerufen werden. Hierbei spricht man von der klassischen Konditionierung (Altenthan et al., 2008, p. 184).

Aus der Sicht der kognitiven Theorien ist Angst keine objektive Größe, die nachvollziehbar ist, sondern bestimmte Wahrnehmungen und Empfindungen des Individuums, die als solche erlebt werden. Dabei sind vor allem die Wahrnehmung und Bewertung der Lebensereignisse eines Menschen wesentlich. Altenthan et al. (2008) geben hierfür folgendes Beispiel an:

*„Der Bergsteiger hat Angst vor der nächsten Etappe seiner Bergtour, nicht, weil der Weg sehr gefährlich ist, sondern weil er ihn als gefährlich bewertet und erlebt“ (Altenthan et al., 2008, p. 184).*

Neben dem kognitiven Ansatz gehen humanistische Theorien davon aus, dass der Mensch nach Persönlichkeitsentwicklung und Selbstverwirklichung strebt. Es hängt dabei vom jeweiligen humanistischen Ansatz ab, wie eine psychische Störung entstehen soll. Eine davon ist die personenzentrierte Theorie nach Carl R. Rogers. Laut dieser Theorie bleibt ein Mensch gesund, wenn man es ihm ermöglicht, sein Selbst zu finden und es zu verwirklichen. Rogers Ansicht nach ist die innere Natur

des Menschen positiv und gut. Wenn der Mensch diesen sogenannten „guten“ Kern unterdrückt, wird er psychisch krank und es kann Angst entstehen (Altenthan et al., 2008, p. 424).

Des Weiteren gibt es systemische Theorien, die besagen, dass sich Angst in der wechselseitigen Beziehung eines Individuums zu seiner Umwelt entwickelt und aufrechterhalten wird. Dadurch steht nicht das isolierte Erleben und Verhalten im Vordergrund, sondern die wechselseitige Beziehung eines Menschen zu seiner Umwelt (Altenthan et al., 2008, pp. 183-185).

Nach Hildegard Peplau steht das Verhalten von Menschen ständig im Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Interaktionen, die der Mensch zur Befriedigung von Bedürfnissen oder zum Selbstschutz nutzt. Laut ihrer Theorie entwickelt sich Angst dadurch, dass Erwartungen, die der Mensch an sich selbst oder die Umwelt stellt, nicht erfüllt werden und als bedrohend gesehen werden. Somit ist die Wiederherstellung des Wohlbefindens nicht gegeben und Angst entsteht (Peplau in Sauter et al., 2011).

### **1.2.3. Formen von Angst**

Allgemein betrachtet sind alle zuvor beschriebenen Theorien der Ansicht, dass es sich bei Angst um starke Bedrohungen handelt, die zu belastenden Situationen für Betroffene werden (Ulich, 2003, p. 163). Hildegard Peplau (1990) definiert die vier Stufen der Angstintensität und deren Merkmale wie folgt:

- *„Geringfügige Angst: Erhöhte Wachsamkeit, gesteigerte Wahrnehmung der Umgebung, Aufmerksamkeit auf Umgebung und unmittelbare Ereignisse fixiert, unruhig, reizbar, schlaflos, aber noch motiviert, sich mit den vorhandenen Problemen zu befassen*
- *Mäßige Angst: Wahrnehmung eingeschränkt, erhöhte Konzentration; lässt sich bei Problemlösung nicht ablenken; zittrige Stimme oder veränderter Tonfall; Zittern, erhöhter Puls/erhöhte Atemfrequenz*
- *Ausgeprägte Angst: Wahrnehmung vermindert; Angst beeinträchtigt wirksames Funktionieren; ist vom Gefühl des Missbehagens/drohenden Unheils eingenommen; erhöhter Puls/erhöhte Atemfrequenz mit Klagen über Schwindel, Kribbeln, Kopfschmerzen usw.*

- *Panische Angst: Gestörte Konzentrationsfähigkeit; das Verhalten ist desintegriert. Der Patient/die Patientin nimmt die Situation verzerrt wahr, kann das Geschehen nicht richtig einordnen, erlebt möglicherweise Terror und Verwirrung, ist unfähig, zu sprechen oder sich zu bewegen (vor Angst gelähmt)“ (Peplau 1990 zitiert in Sauter, 2018, p. 75).*

Gemäß Peplau entwickelt der Mensch Ressourcen, mit denen er der Angst entgegenwirkt. Es entsteht Energie, die Ausdruck von Ärger und Groll sein kann, sich als Entwicklung körperlicher Symptome äußern kann, zu einem Rückzugsverhalten führen kann oder zu Lernprozessen Anstoß geben kann. All die Merkmale dieser Theorie können den Pflegeprozess bei Patientinnen und Patienten beeinflussen (Peplau 1990 zitiert in Sauter, 2018, p. 75).

#### **1.2.4. Der Pflegeprozess bei Angst**

Jeder Pflegeprozess beginnt mit dem Assessment. Beim Assessment von ängstlichen Patientinnen und Patienten finden Pflegende idealerweise heraus, wovor diese Angst haben. Ziel des Assessments ist es, bedrohende Situationen zu erkennen und die darauffolgende Reaktion der Patientinnen und Patienten abschätzen zu können (Sauter et al., 2011, pp. 643-644). Die Einschätzung der Angst kann beispielsweise mit Hilfe der Angsteinschätzungstabelle erfolgen, um den Zeitpunkt, den Zeitraum und die Angststärke ermitteln zu können sowie angstfreie Zeiten festzustellen (Sauter et al. 2018). Dadurch können Strategien zur Bewältigung gesucht, gefunden und zum Einsatz gebracht werden. Der nächste Schritt des Pflegeprozesses ist es, eine geeignete Pflegediagnose zu finden. Hierbei werden folgende Pflegediagnosen nach Sauter et al. (2018) in *Tabelle 1* in Bezug auf Angst genannt.

*Tabelle 1: Mögliche Pflegediagnosen bei Patientinnen und Patienten mit Angst (Sauter et al., 2011, p. 645).*

<b>Pflegediagnose</b>	<b>Unterscheidungskriterium</b>	<b>Pflegeergebnis</b>	<b>Pflegeintervention</b>
Angst (spezifizieren: geringe, mäßige, ausgeprägte, panische)	Angst in Verbindung mit einer unbekannten oder unspezifischen Bedrohung	Angstminderung	Angstkontrolle
Todesangst	Angst in Verbindung mit Tod oder Sterben	Angstminderung	Angstkontrolle
Furcht	In Verbindung mit einer erkennbaren Ursache	Angstminderung	Angstkontrolle
Entscheidungs- konflikt	Die Angst entsteht, weil sich der Mensch zwischen mehreren Wahlmöglichkeiten entscheiden kann. Er befürchtet, eine einmal getroffene Entscheidung könnte Nachteile und Risiken bergen.	Entscheidungs- findung	Unterstützung der Entscheidungs- findung
Chronischer Kummer	Als dauerhaften Verlust, ausgelöst durch eine Erkrankung oder Behinderung	Verbessertes Depressions- niveau	Hoffnungs - vermittlung

Ziel des Pflegeprozesses ist die Verminderung der Angst und dass die Patientin bzw. der Patient den Auslöser der Angst erkennt und eine geeignete Maßnahme findet, die angstauslösende Situation kontrollieren zu können (Sauter et al., 2011). Die pflegerische Intervention „Angst zu kontrollieren“ wird wie folgt definiert: „Persönliche Handlungen, Gefühle von Anspannung und Besorgnis durch eine nicht identifizierbare Quelle zu beseitigen oder zu reduzieren“. Um das Pflegeergebnis zu erfassen, kann beispielsweise die Skala „Kontrolle von Angst“ angewendet werden (Sauter et al., 2018, p. 645).

### **1.2.5. Angst im Krankenhaus**

Eine Einweisung ins Krankenhaus ist oftmals mit Angst verbunden, da es meist zum Kontrollverlust der Patientinnen und Patienten kommt. Auch der Verlust der Selbstbestimmung und Intimität nehmen eine wesentliche Rolle in der Angstentwicklung ein. Weitere Belastungsfaktoren wie beispielsweise

Untersuchungen in Mehrbettzimmern, räumliche Enge und negative Erfahrungen von vorherigen Krankenhausaufenthalten können Auslöser von Angst sein. Sowohl die sogenannte atmosphärische Angst, welche durch Unpersönlichkeit und Hektik ausgelöst wird, als auch mangelnde Kommunikation, unzureichende Information oder unverstandene Visiten kann zu einem erhöhten Erleben von Angst führen. Dabei befinden sich Patientinnen und Patienten in einem System, auf dessen Ablauf sie selbst meist keinen Einfluss haben. Dadurch kommt es zum Gefühl des Ausgeliefert-Seins und der Hilflosigkeit. Angst stellt dabei eine Schutzreaktion des Menschen dar, die Folge dieser psychischen und physischen Bedrohungen sind (Richter, 2018, p. 24).

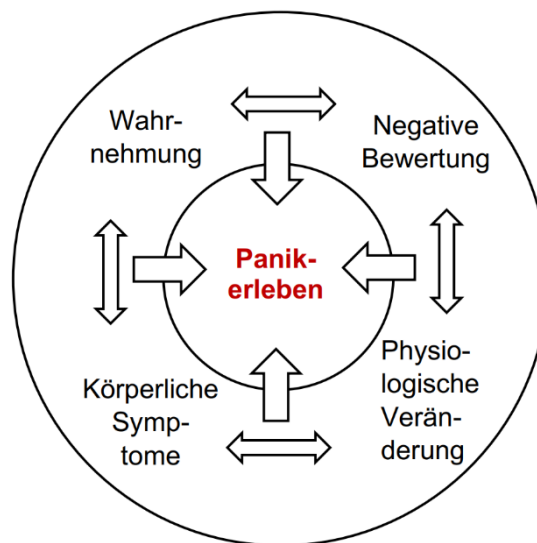
Laut Steinmayr & Reuschenbach (2011) kommen folgende Ängste häufig im Setting Krankenhaus vor:

- *„Präoperative Angst*
- *Angst vor der Mitteilung einer schwerwiegenden Diagnose*
- *Todesangst bei und nach der Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Diagnose*
- *Angst vor Nebenwirkungen von Behandlungsverfahren*
- *Angst vor der Gefährdung von Angehörigen durch eine ansteckende Erkrankung“ (Steinmayr & Reuschenbach in Richter, 2018, p.24).*

Die akute Angst – die sogenannte „State-Angst“ – tritt meist vor Operationen auf, die postoperativ jedoch kontinuierlich abnimmt (Richter, 2018, p.24). Schwierig ist hierbei das Erkennen der Angst, da Betroffene diese in den meisten Fällen verbal nicht ausdrücken können und es stattdessen laut Richter zur Veränderung von Gefühlen kommen kann wie beispielsweise erhöhte Reizbarkeit, Nervosität, Einengung der Aufmerksamkeit, Konzentration und der Orientierung. Zudem stellt präoperative Angst eine enorme Stresssituation für Patientinnen und Patienten dar, die zu einem erhöhten postoperativen Schmerzmittelverbrauch führen kann. Diese Erscheinungen können vor allen dann auftreten, wenn es an Unterstützung des interdisziplinären Teams mangelt. Daher hängt die Intensität der Angst von der Unterstützung in der Situation, vom Erfolg der Angstbewältigung und den persönlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ab (Krohne et al., 2003).

### 1.2.6. Der Teufelskreis der Angst

Die Entstehung des sogenannten Teufelskreises der Angst ist bei jeder Person unterschiedlich. Auslöser können dabei negatives Denken oder die Sorge über das Auftreten physiologischer Beschwerden sein. Wie in *Abbildung 1* ersichtlich ist, wird die Wahrnehmung in der Angstsituation verstärkt, was in weiterer Folge zu körperlichen Symptomen führen kann. Mit der Fehlinterpretation dieser Symptome kommt es zur Zunahme der Erregung bis hin zur Ausweitung dieser physiologischen Beschwerden. Diese Wahrnehmung und negative Bewertung werden immer stärker und das Angstgefühl entwickelt sich im Regelfall in einer halben bis eineinhalb Minuten, selten nur wenigen Sekunden zur panischen Angst. Eine entscheidende Rolle spielt die negative Beeinflussung der eigenen Person, die vor allem zur Steigerung der körperlichen Symptome und damit auch zur Steigerung des Erlebens von Panik beiträgt (Schmidt-Traub, 2013). Mit der Steigerung der Wahrnehmung schließt sich der Kreislauf, dessen einzelne Aspekte auf das Panikerleben einwirken:



*Abbildung 1: Teufelskreis der panischen Angst (Schmidt-Traub, 2013, p.29)*

### 1.2.7. Funktionen und Folgen der Angst

Angst kann sich positiv auf den menschlichen Organismus auswirken. Neben der lebenserhaltenden Funktion der Angst in bedrohenden Situationen, kann sie beispielsweise durch ihre Aktivierungsfunktion die Leistungsaktivität steigern, da die

Aufmerksamkeit erhöht ist. Außerdem ist Angst, sowie jede andere Emotion, für unser Verhalten verantwortlich und kann dieses daher steuern (Altenthan et al., 2008, pp. 185-186). Angst kann sowohl aktivierend als auch lähmend wirken. Mit Lähmung meint Altenthan et al. (2008) zum Beispiel eine Gedankenblockierung in einer Prüfungssituation. Aufgrund dessen bewirkt Angst häufig passives oder vermeidendes Verhalten. Deshalb werden Angstsituationen häufig vermieden und das führt in weiterer Folge häufig zum Rückzug aus der Gesellschaft (Altenthan et al., 2008). Durch das beeinträchtigte Sozialverhalten kommt es zusätzlich zur Kontaktvermeidung mit Bezugspersonen sowie Personen im gleichen Alter (Bernitzke, 2011). Länger andauernde Angst kann zudem zu psychosomatischen Erkrankungen führen. Erste Anzeichen wären dabei beispielsweise unspezifische physische Beschwerden oder Schlafstörungen. Demzufolge bringt starke oder langfristig andauernde Angst auch negative Auswirkungen mit sich. Wobei von einer psychischen Störung gesprochen wird, wenn Angst die betroffene Person oder/und die Umgebung der Person beeinträchtigt (Altenthan et al., 2008, pp. 186-187).

### **1.2.8. Angststörungen**

Angststörungen zählen zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen (Altenthan et al., 2008). Wie zuvor erwähnt, stellt Angst das Kernsymptom dieser Störungen dar (Sauter et al., 2011). Biologische Ursachen einer Angststörung können genetische Dispositionen sowie die Beteiligung von Umweltfaktoren sein. Aus psychosozialer Sicht sind die häufigsten Ursachen emotional belastende Erlebnisse während der Kindheit bzw. Jugend, Missbrauch, das Modelllernen am Beispiel sozial ängstlicher Eltern und ungünstige Bindungsstile der Eltern (Bach et al., 2018, p. 5). Anhand der Diagnostik unterscheidet man zunächst die Normalangst von der pathologischen Angst. Wobei es sich laut Bach et al. (2018) bei der Normalangst um einen lebenserhaltenden und emotionalen Zustand handelt. Die pathologische Angst hingegen ist ein dauerhafter, intensiver Zustand. Bei beiden ist der Leidensdruck sowie die Verminderung der Lebensqualität von großer Bedeutung. Weiters differenziert sich die pathologische Angst in eine organisch und psychisch bedingte Angst. Bei der organisch bedingten Angst liegt eine körperliche Erkrankung zugrunde, wie zum Beispiel einer Stoffwechsellentgleisung. Bei der psychischen Angst liegt keine körperliche Erkrankung zugrunde (Bach et al., 2018, p. 5).

Um Angststörungen zu klassifizieren, gibt zwei verschiedene Diagnosesysteme: ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Im Folgenden werden sieben verschiedene Erkrankungen, bei denen die Komponente Angst immer im Vordergrund steht, kurz beschrieben. Bach et al. (2018) definiert diese aus beiden Diagnosesystemen ICD und DSM:

### Panikstörung

Hauptmerkmale für eine Panikstörung sind Panikattacken. Eine Panikattacke ist ein Zustand übertriebener Angst und von Unwohlsein, der durchschnittlich 30 bis 45 Minuten andauert und nach zehn Minuten ihren Höhepunkt erreicht. Meist fürchten Betroffene, an einer schweren körperlichen Erkrankung, wie zum Beispiel an einem Herzinfarkt, zu leiden (Bach et al., 2018).

### Agoraphobie

Laut Bach et al. leiden zwei Drittel der Patientinnen und Patienten mit Panikstörungen auch an einer Agoraphobie. Die Agoraphobie äußert sich als „Furcht vor Orten“ und in Situationen, aus der Betroffene nicht entkommen können oder falls eine Panikattacke auftreten sollte, medizinische Hilfe nicht sofort erreichbar ist (Bach et al., 2018, p. 8). Solche Situationen wären zum Beispiel Aufenthalte in großen Menschenmengen, Warteschlangen oder die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Oftmals kommt es zur Vermeidung solcher Situationen oder Betroffene ertragen diese mit Unwohlsein und Angstzuständen (Bach et al., 2018).

### Generalisierte Angststörung

Eine generalisierte Angststörung wird durch übergroße Befürchtungen und Sorgen charakterisiert. Physische Angstsymptome wie Unruhe, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten, muskuläre Verspannungen, Schlaflosigkeit und Müdigkeit sind dabei die Auswirkungen. Betroffene Patientinnen und Patienten sorgen sich übertreiben um nahestehende Personen, dass diese z. B. plötzlich krank werden oder versterben könnten (Bach et al., 2018, p. 8).

### Spezifische Phobie

Hierbei handelt es sich um eine extreme und intensive Angst vor Objekten oder Situationen im Einzelnen. So wird beispielsweise das Fliegen mit dem Flugzeug oder Blut mit Angst verbunden (Bach et al., 2018).

### Soziale Phobie

Unter sozialer Phobie versteht man, dass Betroffene Angst vor schlechter Beurteilung anderer in einer gesellschaftlichen Situation haben. Diese Erkrankung geht sowohl mit physischen als auch psychischen Symptomen einher. Wieder werden Situationen in der Gesellschaft vermieden, die die Aufmerksamkeit auf die betroffene Person lenken (Bach et al., 2018).

### Zwangsstörung

Zwangsstörungen kennzeichnen sich durch Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken, wobei auch beides auftreten kann. Dies führt zu starken Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Umfeld, da die Zwangshandlungen meist sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Zwangshandlungen sind laut Bach et al. (2018) zum Beispiel ein Wasch-, Kontroll-, Wiederholungs-, Ordnungs- oder Zählzwang, Horten von Gegenständen oder Angst vor Berührung (Bach et al., 2018, p. 8). Bei Zwangsgedanken handelt es sich um Furcht vor Ansteckung oder sich aufdrängende sexuelle, körperliche oder religiöse Vorstellungen (Bach et al., 2018).

### Posttraumatische Belastungsstörung

Auslöser einer posttraumatischen Belastungsstörung sind schwere Traumata, die innerhalb von sechs Monaten nach dem belastenden Erlebnis oder noch später (verzögerter Typ) aufgetreten sind. Es kommt zum wiederholten Durchleben des Ereignisses im Gedächtnis (Bach et al., 2018). So können zum Beispiel sexueller Missbrauch in der Kindheit, Kriegserlebnisse und Folter posttraumatische Reaktionen hervorrufen (Maercker & Michael, 2009, p. 106). Nach Bach et al. (2018) treten Symptome eher uncharakteristisch auf: „Gefühlsabstumpfung, emotionaler Rückzug, vegetative Störung, Vermeidung von Reizen“ (Bach et al., 2018, p. 8).

## **1.2.9. Bewältigung und Therapie der Angst**

Angstsensible Menschen können auf jeder Angstebene, die in Kapitel 1.2.1. beschrieben werden, mit Panik reagieren. Dementsprechend wirkt sich der Erfolg

einer therapeutischen Arbeit auf einer Ebene auch auf die anderen Angstebenen aus (Schmidt-Traub, 2013, p. 28). Die Bewältigung hängt von der Stärke der Ängste oder Phobien ab (Altenthan et al., 2008, p. 187). Um sich selbst helfen zu können, müssen ängstliche Personen dem Grund der Angst nachgehen, darüber sprechen und darauffolgend einen Weg finden, um die Angst zu lindern oder sogar zu überwinden (Altenthan et al., 2008). Mögliche Ansätze sind „gezielte Entspannungsübungen“ (progressive Relaxation nach Jacobson, autogenes Training) oder sich selbst gut zu zureden (Altenthan et al., 2008, p. 188). Zusätzlich können Angstpatientinnen und -patienten mithilfe eines verbesserten Gesundheitsverhalten ihre „Selbsthilfekräfte“ aktivieren, da sie resistenter gegenüber Belastungen werden (Schmidt-Traub & Lex, 2005, p. 86). Neben den zuvor genannten Entspannungsübungen zählt auch Sport zu einem Entspannungsmittel. Spaziergänge vermindern bereits die Angst, sportliche Betätigung, wie zum Beispiel Aerobic, wirkt sich jedoch wesentlich schneller und intensiver auf das Angsterleben aus (Broman-Fulks et al., 2004). Im Idealfall hält die entspannende Wirkung von Sport zwei bis vier Stunden an und es kommt zur Ausschüttung von körpereigenen Endorphinen, was zusätzlich die Allgemeinstimmung hebt. Jedoch sollte langsam mit sportlicher Betätigung begonnen werden, um den Körper nicht zu überfordern. Sport eignet sich außerdem zur Bewältigung von Angst, indem kurz vor einer Angstsituation Sport betrieben wird. Stresshormone werden dadurch abgebaut und dies macht die Angstsituation besser bewältigbar. Außerdem wirkt sich Sport positiv auf die Herz-Kreislauf-Situation aus, der Cholesterinspiegel im Blut und der Blutdruck nimmt ab und es kommt zur Verminderung des Körpergewichts, zudem stärkt er auf Dauer das Selbstwertgefühl (Schmidt-Traub & Lex, 2005, pp. 86-87).

Auch eine gesunde Ernährung und ein geregelter Konsum von Nikotin und Koffeinkonsum wirken sich auf das Angstverhalten aus (Schmidt-Traub & Lex, 2005, p. 87). Dabei sollte die Ernährung vitaminreich, mineralienreich und spurenelementreich sein. Frisches Obst, Gemüse, pflanzliche Öle und Fette sowie salz- und fruchtzuckerarme Speisen sind dabei gesundheitsförderlich (Schmidt-Traub & Lex, 2005, pp. 87-88). Patientinnen und Patienten mit Angst steigern häufig den Nikotin- und Koffeinkonsum, in der Hoffnung, ruhiger zu werden. Dabei wird man umso unruhiger, da Nikotin und Koffein die Ausscheidung von Stresshormonen

fördern und diese Kreislaufreaktionen und damit körperliche Beschwerden hervorrufen (Schmidt-Traub & Lex, 2005).

Neben der Ernährung spielt die Freizeitgestaltung eine wesentliche Rolle zur Bewältigung von Angst. Demzufolge sollte die betroffene Person mindestens eine halbe Stunde pro Tag nur für sich selbst einbauen und das machen, was ihr Vergnügen bereitet. Als Beispiele können progressive Muskelentspannung, lesen, ein heißes Bad nehmen oder Musik hören herangezogen werden (Schmidt-Traub & Lex, 2005, p. 88). Die progressive Muskelentspannung (PME) ist eine Entwicklung des Mediziners Edmund Jacobson, der erkannte, dass sich „Muskeln spürbar und wirkungsvoll entspannen, wenn sie zuvor kräftig angespannt werden“ (Schmidt-Traub & Lex, 2005, pp. 333-334). Die Muskeln werden zwischen fünf und zehn Sekunden angespannt und wieder entspannt. Die progressive Muskelentspannung kann durch effektives Üben beim Aufkommen von Angst angewendet werden (Schmidt-Traub & Lex, 2005).

Zusätzlich wird auch das Problemlösetraining nach D’Zurilla und Goldfried zu einem verbesserten Stressmanagement empfohlen. Stress sowie interne und externe Belastungen lösen eine Angststörung aus, woraufhin das Energie- und Kräfteereservoir belastet wird. Wie in Kapitel 1.2.1. erwähnt wurde, löst Stress ähnliche Reaktionen wie bei Angst aus. Somit sollten ängstliche Patientinnen und Patienten ihren Stress erkennen und lernen, ihn beeinflussen zu können. Diese Methode verhilft Betroffene zur Lösung von Problemen im Alltag durch Einsetzen von Bewältigungsstrategien. Das Problemlösetraining stammt aus der kognitiven Verhaltenstherapie und besteht aus sechs Schritten (Schmidt-Traub & Lex, 2005, p. 89):

1. *„Problemorientierung und -analyse*
2. *Problemdefinition und Festsetzen von Zielen*
3. *Suche nach alternativen Lösungswegen*
4. *Entscheidungsfindung für eine Lösung*
5. *Umsetzung der Lösung*
6. *Beobachtung der Fortschritte und Evaluation“ (Schmidt-Traub & Lex, 2005, p. 89).*

Wenn diese Möglichkeiten der Selbsthilfe unwirksam sind und es sich um schwere Angstzustände handelt, sollte psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen werden (Altenthon et al., 2008, p. 188).

### **1.2.10. Medikamentöse Therapie**

Die pharmakologische Therapie bei Angsterkrankungen besteht laut Bach et al. (2018) aus drei Phasen: anfangs wird eine akute medikamentöse Therapie durchgeführt, nach Stabilisierung folgt eine erhaltende Therapie und, falls es erforderlich ist, eine prophylaktische Therapie im Anschluss, um eine Wiedererkrankung zu verhindern. Im Allgemeinen sollte am Anfang eine reduzierte Dosis einschleichend verordnet werden. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bilden eine Untergruppe der Antidepressiva und gelten als sogenannte First-line Therapeutika bei Angststörungen. Sie kommen meist bei Panikstörungen, generalisierten Angststörungen und sozialen Phobien zum Einsatz. Durch eine reduzierte Dosis oder die anfängliche Zugabe von Benzodiazepinen können Nebenwirkungen wie Unruhe, Schlafstörungen oder eine Angstzunahme vermindert werden. Neben den SSRI kommen auch Trizyklische Antidepressiva (TZA), MAO-Hemmer oder auch Phytopharmaka wie Johanniskraut, Baldrian-Präparate oder Lavendelöl bei Angstsymptomen zum Einsatz (Bach et al., 2018, pp. 9-13). Der Einsatz von Benzodiazepinen kann sich zur Akuttherapie als sinnvoll erweisen, da akute Symptome ausgeschalten werden und eine Überbrückung der Wirkungslatenz bis zum Wirkeintritt anderer Medikamente wie beispielsweise Antidepressiva oder Pregabalin gegeben ist. Benzodiazepine können auch als Bedarfsmedikation eingesetzt werden, sollten aber nicht länger als ein bis zwei Wochen gegeben sowie spätestens nach vier bis sechs Wochen endgültig abgesetzt werden, da die Gefahr einer Abhängigkeit und Toleranzentwicklung besteht. Zudem kann es zu kognitiven Beeinträchtigungen kommen sowie zu Unruhe und Angst als Entzugserscheinung (Bach et al., 2018, pp. 8-9).

Laut Bach et al. (2018) sollte eine psychopharmakologische Therapie kombiniert mit einer Psychotherapie eingesetzt werden. Bei Panikstörungen könnte beispielsweise die Kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit verschiedenen SSRIs angewendet werden. Generell gilt ein längerer Beobachtungszeitraum der

Therapieeffekte bei Angststörungen vor einer Änderung bzw. Umstellung der Therapie als bei depressiven Verstimmungen (Bach et al., 2018, p. 8).

## **1.3. Gesundheitsförderung**

### **1.3.1. Definition**

*„Gesundheitsförderung bezeichnet Interventionshandlungen, die gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen suchen“ (Hurrelmann, 2016, p. 661).*

Die Bezeichnung Gesundheitsförderung trat zum ersten Mal 1974 im Zuge des Lalonde-Berichtes und der Alma-Ata-Konferenz 1978 auf (Naidoo, 2019). Gründe, warum der Begriff sich entwickelt hat, sind unter anderem die Vielseitigkeit der Erkrankungen, das neue Verständnis der Faktoren von Gesundheit sowie die „Einsicht, dass Gesundheit nicht allein durch die Dienste der medizinischen Versorgung hergestellt werden kann“ (Naidoo, 2019, p. 122). Die Ottawa-Charta 1986 besagt, dass es notwendig ist, dass

*„sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können, um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen“ (WHO, 1995, p. 1).*

Ziel ist es, dass alle Menschen über ihre Gesundheit selbst bestimmen und sie befähigt werden, ihre Gesundheit zu stärken (WHO, 1995). Grundsätzlich gibt es zwei Ansätze der Gesundheitsförderung: Einerseits der „ganzheitliche Ansatz“, bei dem Gesundheit als Teil der gesamten Umwelt des Menschen und seiner Lebensbedingungen verstanden wird. Andererseits der „partizipatorische Ansatz“, dessen Ziel das Beibringen von Bedingungen, um eine gesunde Lebensumwelt zu schaffen, ist (Steinbach, 2016, p. 72). Das beinhaltet die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu tragen und darauf Bezug nehmend gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen. Hierbei unterstützt und befähigt Gesundheitsförderung den Menschen, verantwortungsvoll mit seiner Gesundheit umzugehen. Hier spricht man von dem Begriff „Empowerment“, der eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung spielt (Steinbach, 2016, p. 74).

*„Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen“ (Naidoo, 2019, p. 157).*

### **1.3.2. Das Konzept der Salutogenese**

Der Begriff „Salutogenese“ wird als „Entstehung von Gesundheit“ definiert und wurde von Aaron Antonovsky entwickelt (Steinbach, 2016, p.139). Dieses Konzept grenzt sich von der negativen Ausgangslage der Pathogenese ab, indem es sich auf die Entstehung und Erhaltung der Gesundheit konzentriert. Der pathogenetische Ansatz geht, im Gegensatz zur Salutogenese, von der Entstehung von Krankheit aus. Er beschäftigt sich also mit der Frage, was den Menschen krank macht (Steinbach, 2016). Im Zentrum der Salutogenese steht das Kohärenzgefühl. Dieses setzt sich laut Steinbach (2016) aus drei Komponenten zusammen:

1. *„Gefühl von Verstehbarkeit, Überschaubarkeit (Sense of Comprehensibility)*
2. *Gefühl von Handhabbarkeit (Sense of Manageability)*
3. *Gefühl von Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit (Sense of Meaningfulness)“*  
*(Steinbach, 2016, p. 144).*

Ersteres meint die geistige Fähigkeit eines Menschen, Probleme wahrzunehmen, einzuschätzen und vorhersehen zu können. Dadurch ist sowohl Ordnung als auch Überschaubarkeit plötzlicher Ereignisse gegeben. Das „Gefühl von Handhabbarkeit“ beschreibt die Zuversicht eines Menschen, dass Ereignisse im Leben bewältigbar sind. Dies hängt jedoch von den verfügbaren Ressourcen des Menschen, aber auch der Umwelt ab. Letzteres – das „Gefühl von Sinnhaftigkeit“ – geht davon aus, dass alle Aufgaben oder Herausforderungen im Leben als sinnvoll anzusehen sind und ist laut Antonovsky als wichtigste Komponente anzusehen (Steinbach, 2016, p. 144).

Ziel der Gesundheitsförderung in der Pflege ist das Einbringen der salutogenetischen Aspekte. Dies hängt mit einer Erweiterung der pflegerischen Haltung zusammen. Zu Beginn sollte klargestellt werden, dass Gesundheit nicht „produziert“ wird, sondern nur ermöglicht werden kann. Im Zentrum steht dabei die Aktivierung der Ressourcen der Patientinnen und Patienten. Die Pflegeperson ist dabei begleitend und beratend tätig. Wichtig dabei ist, das Kohärenzgefühl zu

erfassen und positiv zu stärken, was zum Beispiel im wechselseitigen Austausch möglich ist (Steinbach, 2016, p. 153).

### **1.3.3. Die Pflorgetheorie von Dorothea Orem**

Dieses Pflegemodell wurde 1997 von Dorothea Orem entwickelt und wird laut Sauter et al. (2018) am häufigsten in der Praxis angewendet. Sie geht davon aus, dass jeder Mensch ein Bedürfnis nach Selbstpflege hat, welches von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird und sehr individuell ist. Damit ist beispielsweise das Bedürfnis, für sich selbst zu sorgen oder sich selbst zu pflegen gemeint. Ziel der Selbstpflege ist laut Sauter et al. (2018) ein „hohes Maß an Gesundheit und Wohlbefinden“ zu erlangen. Ihrer Ansicht nach haben alle Menschen sogenannte Selbstpflegefähigkeiten, mit denen sie die Selbstpflege ausführen können. Ist der Selbstpflegebedarf größer als die vorhandenen Fähigkeiten, besteht ein „Selbstpflegedefizit“ (Orem in Sauter et al., 2011, p. 936). Ab diesem Zeitpunkt kommt die professionelle Pflege zum Einsatz. Im Allgemeinen bezieht sich dieses Modell auf die Eigenverantwortlichkeit von Handlungen der Patientinnen und Patienten, um ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Die Rolle der Pflege besteht darin, zu informieren, anzuleiten, zu motivieren, die Eigenaktivität zu unterstützen und die Pflege auf spezifische und individuelle Selbstpflegedefizite auszurichten (Sauter et al., 2011, p. 72).

## **1.4. Pflegerelevanz des Themas**

Mit der Einführung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 1997 wurde die Gesundheitsförderung zu einem neuen Teilgebiet der Gesundheits- und Krankenpflege (Steinbach, 2016, p. 158). Dementsprechend ist dies auch im § 12 Abs. 2 des allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankert:

*„Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt [...] durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative [...] Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei“ (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, 2018).*

Die Pflegeperson ist dafür zuständig, Patientinnen und Patienten zu einer gesünderen Lebensführung zu verhelfen, was einerseits einen verbesserten Gesundheitszustand mit sich bringt und andererseits zu einem gesteigerten Selbstwertgefühl führt (Steinbach, 2016). Neben der Versorgung und Behandlung von psychisch erkrankten Personen nimmt auch die Erhaltung und Förderung des psychischen Wohlbefindens eine wichtige Rolle der Pflege im Umgang mit Angstpatientinnen und Angstpatienten ein (Naidoo, 2019, p. 284).

### **1.5. Ziel und Forschungsfrage**

Somit ergibt sich folgende Fragestellung für diese vorliegende Bachelorarbeit: Welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen können von einer Pflegeperson bei ängstlichen Patientinnen und Patienten im stationären Setting gesetzt werden?

Ziel ist es, gesundheitsförderliche Maßnahmen im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit erhöhter Ängstlichkeit im stationären Setting durch die Pflegeperson herauszufinden.

## 2. Methode

Die Forschungsfrage dieser Arbeit wurde mithilfe einer Literaturrecherche beantwortet. Dieses sogenannte Literaturreview und ist eine kritische Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes zu einem spezifischen Forschungsproblem (Polit & Beck, 2017, p. 733).

Die Literaturrecherche fand von Oktober 2019 bis Dezember 2019 statt. Es wurde in den wissenschaftlichen Datenbanken CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und PubMed (Public Medical Literature Online) mithilfe von definierten Keywords durchgeführt, die mit den booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden wurden. Es wurden folgende Keywords mit den in Klammer angeführten Synonymen verwendet: health promotion, anxiety (panic), in-patient (hospital, clinic, ward), nurse (caregiver, care provider und caretaker). Die gesamte Suche wurde in englischer Sprache durchgeführt. Wenn Suchbegriffe als MeSH-Terms (Medical Subject Headings) verfügbar waren, wurden diese zusätzlich eingesetzt. MeSH-Terms sind Schlagworte, die in MEDLINE systematisch von Fachexpertinnen und Fachexperten den Artikeln zugeordnet werden und den Inhalt eines Textes beschreiben (Kleibel & Mayer, 2011). Der genaue Suchverlauf wird in *Tabelle 1* dargestellt. Zusätzlich wurden folgende Limitationen zur Eingrenzung der Suche gesetzt:

- Publikationsdatum von 01.01.1999 bis 31.12.2019
- Sprache Englisch/Deutsch

Des Weiteren wurde neben der Datenbanksuche auch eine Handsuche in Google Scholar und in den Referenzlisten der eingeschlossenen Studien durchgeführt.

*Tabelle 2: Suchstrategie in den Datenbanken PubMed und CINAHL*

Datenbank	Suchstrategie
PubMed	((("health promotion"[MeSH Terms]) AND (anxiety* OR panic*)) AND ("in-patient*" OR hospital OR clinic* OR ward) AND (nurs* OR caregiver OR "care provider" OR caretaker))
CINAHL	"health promotion" AND (anxiety* OR panic*) AND ("in-patient*" OR hospital OR clinic* OR ward) AND (nurs* OR caregiver OR care provider OR caretaker)

## **2.1. Ein- und Ausschlusskriterien**

Inkludiert wurden alle Studien, die sich auf Patientinnen und Patienten mit Angst sowie Angststörungen und Panik im stationären Setting beziehen. Es wurde innerhalb eines Zeitraumes von 20 Jahren gesucht. Weiters wurden alle Veröffentlichungen mit dem Fokus auf Gesundheitsförderung in Bezug auf ängstliche Patientinnen und Patienten herangezogen. Außerdem wurden alle Forschungsdesigns miteinbezogen und mit dem Reiter „all fields“ gesucht. Ein weiterer Einschlussgrund war, dass die angstvermindernde Maßnahme von Seiten der Pflege gesetzt werden musste. Ausschlussgründe waren beispielsweise das Setting Pflegeheim sowie das ambulante Setting, da sich diese Bachelorarbeit ausschließlich auf den Umgang mit ängstlichen Patientinnen und Patienten im stationären Setting konzentriert. Darüber hinaus liegt der Fokus bei Patientinnen und Patienten über achtzehn Jahren, Kinder wurden daher ausgeschlossen.

## **2.2. Datenanalyse und Bewertung**

Mit den zuvor genannten Keywords wurden ohne Handsuche insgesamt 110 Treffer erzielt. Nach einem Titelscreening wurden 85 Studien in das Literaturverwaltungsprogramm EndNote X9 importiert. Mit dem anschließenden Ausschluss der Duplikate verringerte sich die Anzahl der gefundenen Ergebnisse um 24 Studien. Wie in *Abbildung 2* veranschaulicht ist, wurde danach ein Abstractscreening durchgeführt. Bei diesem wurden 44 Studien exkludiert, welche die oben genannten Ausschlussgründe enthielten. Um die verbliebenen Studien auf deren Eignung zu prüfen, wurden sie anschließend einem Volltextscreening unterzogen und im Anschluss anhand eines Bewertungsbogens kritisch bewertet. Für diese Qualitätsbewertung wurde das Mixed Method Appraisal Tool (MMAT) von Hong et. al (2018) herangezogen. Mit diesem Bewertungsbogen wird die Qualität empirischer Studien überprüft. Er eignet sich gut für die Bewertung der verbleibenden Studien, um sie auf gängige Studienmethodologien und Forschungsdesigns zu überprüfen. Insgesamt gibt es fünf Studiendesigns zur Auswahl: Qualitative, Quantitative randomised controlled trials, Quantitative non-randomized, Quantitative descriptive und Mixed methods. Vor der Beantwortung der Fragen zu den methodologischen Qualitätskriterien für jedes Design gibt es die

sogenannten „Screening questions“ zur Forschungsfrage, die für die weitere Bewertung relevant sind und davor beantwortet wurden. Die nachfolgenden Fragen wurden mit „Yes“, „No“ oder „Can't tell“ jeweils mit oder ohne Begründung beantwortet. Je nach bewertender Person kann die Beantwortung unterschiedlich ausfallen (Hong et al., 2018). Vor der Durchführung der Qualitätsbewertung mit dem MMAT wurden zusätzlich drei Studien aus der Handsuche in den Referenzlisten der bereits gefundenen Studien miteingeschlossen. Nach Durchführung der Qualitätsbewertung wurde eine Studie ausgeschlossen und somit insgesamt acht Studien in diese Bachelorarbeit inkludiert. Der soeben genannte Suchverlauf wird in der folgenden *Abbildung 2* anhand eines Flussdiagramms dargestellt.

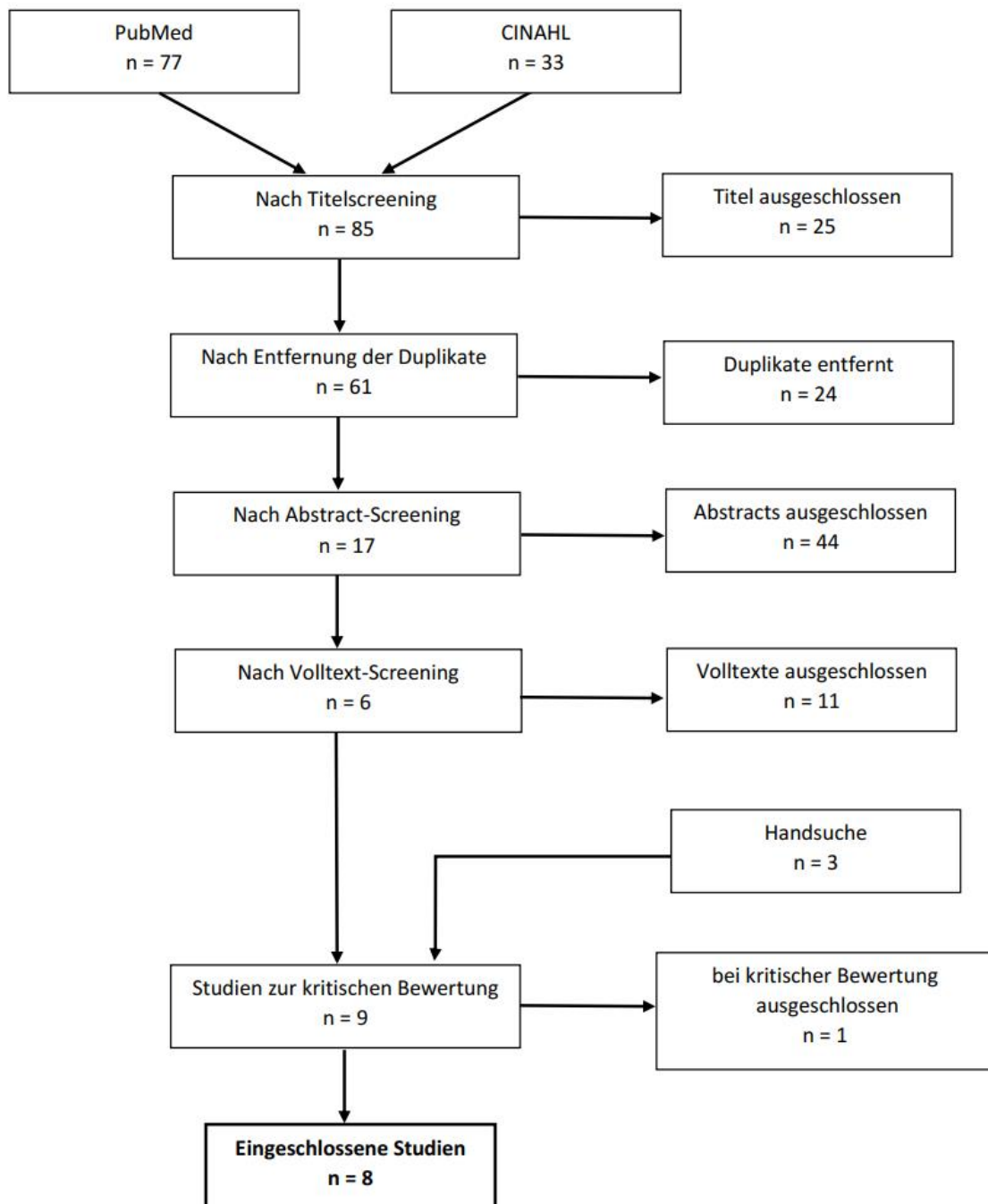


Abbildung 2: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Page & Moher, 2017)

### 3. Ergebnisse

Inkludiert wurden insgesamt acht Studien, deren Charakteristika im Folgenden in einer Übersichtstabelle (*Tabelle 3*) dargestellt sind. Von den ausgewählten Studien wurden drei im Iran und jeweils eine in Malaysia, China, England und Deutschland durchgeführt. Dabei handelt es sich ausschließlich um quantitative Studien, von denen fünf randomisiert kontrollierte Studien sind. Eine Studie weist ein deskriptives Studiendesign auf und zwei ein quasi-experimentelles Design. Zusätzlich wurde eine Pilotstudie eingeschlossen. Die Datenerhebung wurde bei allen Studien mit Messinstrumenten durchgeführt, welche im weiteren Ergebnisteil kurz beschrieben werden und in *Tabelle 3* zu jeder Studie unter „Design/Messinstrument“ zu finden sind. Die Anzahl von Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer reichte von 25 bis 170 Personen, das Durchschnittsalter betrug 54 bis 70 Jahren. Der Frauenanteil überwog, wobei bei drei Studien ausschließlich Probandinnen miteinbezogen wurden. Es wurden unterschiedliche Ethnizitäten miteingeschlossen. Die Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich der gesundheitsförderlichen Maßnahmen erfolgte in den Kategorien „Edukative Maßnahmen“, „Maßnahmen zur Entspannung“ und „Bewegungsmaßnahmen“.

Tabelle 3: Charakteristika der inkludierten Studien

Author/Jahr/Land	Titel	Ziel	Design/Messinstrument	Ergebnisse
Esmaeili Vardanjani et al. 2013 Iran	The Effect of Face-to-Face Education and Educational Booklet on Heart Health Indexes of the Hospitalized Patients with Myocardial Infarction.	Angstreduktion von Patientinnen und Patienten mit einem Myokardinfarkt.	Randomisiert kontrollierte Studie n = 112  Zwei validierte Fragebögen	Signifikante Verbesserungen des Angstlevels in der IG <sup>1</sup> im Vergleich zur KG <sup>2</sup> (p < 0,001)
Quattrin et al. 2006 Italien	Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: Methodology and outcomes.	Die Untersuchung der Effektivität einer Fußreflexzonenmassage bei stationären Patientinnen und Patienten mit Krebs.	Randomisiert kontrollierte Studie n = 30  Spielberg State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Signifikante Verminderung der State Angst zwischen IG und KG (p < 0,0001)
Rejeh et al. 2013 Iran	Effect of systematic relaxation techniques on anxiety and pain in older patients undergoing abdominal surgery.	Der Effekt von systematischen Entspannungstechniken bei Angst von älteren Patientinnen und Patienten nach einer abdominalen Operation wurde untersucht.	Randomisiert kontrollierte Studie n = 124  visuelle Analogskala (VAS)	Signifikante Verbesserungen bei Angst in der IG im Vergleich zur KG (p < 0,001).
Masoud Jamshidzahe et al. 2018 Iran	Effect of Orem's Self-Care Model Training Program on Anxiety of Women with Breast Cancer: A Clinical Trial Study	Der Effekt von Orem's Selbstpflege Trainingsprogramm bei Angst bei Brustkrebspatientinnen sollte festgestellt werden.	Quasi-experimentelle Studie n = 70  Spielberg State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Signifikante Verminderung des Angstlevels in der IG: State-Angst (p < 0,001); Trait Angst: (p < 0,001).

<sup>1</sup> Interventionsgruppe; im Folgenden: IG

<sup>2</sup> Kontrollgruppe; im Folgenden: KG

Ab Manap et al. 2018 Malaysia	Effect of an Education Programme on Cardiovascular Health Index among Patients with Myocardial Infarction: A Preliminary Study	Der Effekt von Einzelgesprächen im Rahmen eines Edukationsprogramms für die kardiovaskuläre Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einem Myokardinfarkt sollte festgestellt werden.	Quasi-experimentelle Pilotstudie n = 58  Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS)	Signifikante Abnahme der Angst (p < 0,001).
Zhou et al. 2015 China	A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay.	Die Auswirkung von Musik hören und progressive Muskelrelaxation bei Angst auf Brustkrebspatientinnen nach einer radikalen Mastektomie sollte festgestellt werden.	Randomisiert kontrollierte Studie n = 170  chinesische State anxiety inventory (SAI)	Signifikante Verbesserungen von Angst und Depression in der IG (p = 0,017).
Wood et al. 2005 England	Experience of implementing an adult educational approach to treating anxiety disorders.	Die Beurteilung der Akzeptanz, Evaluation und Durchführbarkeit einer Intervention für Angsterkrankungen durch zwei Mental Health Nurses sollte festgestellt werden.	Quantitativ deskriptive Studie n = 25  Fear Questionnaire	Signifikante Verbesserungen des generellen psychologischen Wohlbefindens (p = 0,002), dysphorischen Symptomen (p = 0,04).
Mehnert et al. 2011 Deutschland	Effects of a Physical Exercise Rehabilitation Group Program on Anxiety, Depression, Body Image, and Health-related Quality of Life among Breast Cancer Patients	Die Auswirkungen eines 10-wöchigen Trainingsprogrammes bei Brustkrebspatientinnen mit Angst sollten festgestellt werden.	Randomisiert kontrollierte Studie n = 63 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Signifikante Verbesserungen von Angst in der IG (p = 0,03).

### **3.1. Edukative Maßnahmen**

In der quantitativ-deskriptiven Studie von Wood et al. (2005) wurde eine Edukationsmaßnahme in Form von sechs zweistündigen Sitzungen mit 25 Partizipantinnen und Partizipanten mit Angsterkrankungen durchgeführt. Ursprünglich haben 45 Personen die Kurse angefangen, was auf eine hohe Drop-out Rate hinweist. Die Intervention wurde von zwei Mental Health Nurses durchgeführt und war an einen Selbsthilfe-Leitfaden von White (1997) angelehnt. Dieser Leitfaden von White (1997) beinhaltet die Informationsweitergabe, das Assessment und Behandlungsformen von generalisierter Angst. Das Diskutieren von persönlichen Problemen der Partizipantinnen und Partizipanten war in der Studie von Wood et al. (2005) nicht erlaubt, denn das Ziel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Kurs war es, Kontrolltechniken zur Stress- und Angstbewältigung zu erlernen und diese anzuwenden. Somit wurden anfangs generelle Informationen über Stress und Angst besprochen, Information über körperliche, kognitive und verhaltensbezogene Symptome sowie über Panik, Schlaflosigkeit und Depression gegeben. In den anschließenden Einheiten wurde besprochen, wie Stress und Angst die Patientinnen und Patienten persönlich beeinflusst und wie sie damit umgehen können. Die Erhebung der phobischen Symptome erfolgte anhand des Fear Questionnaire, die Erhebung Depression anhand des Beck Depression Inventory (BDI-II) und das generelle psychologische Wohlbefinden anhand des General Health Questionnaire (GHQ-28). Das Screening wurde vor und nach dem Kurs, nach einem Monat, nach drei Monaten und nach sechs Monaten nach dem Kurs durchgeführt. Der Unterschied der jeweiligen Ergebnisse wurde zwischen der Erhebung vor dem Kurs und nach sechs Monaten nach dem Kurs angeführt: 32 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wiesen nach dem Kurs keine phobischen Symptome mehr auf. Das bedeutet eine Verringerung von 20 Prozent, da vor dem Kurs 52 Prozent davon betroffen waren. Die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit depressiver Symptomatik (44 Prozent von ursprünglich 88 Prozent) verbesserten ihr Zustandsbild von einer moderaten bzw. ernsten Depression zu einer milden Depression oder waren vollständig symptomfrei (Wood et al., 2005).

In der Studie von Masoud Jamshidzahe et al. (2018) wurde das Selbstpflegemodell von Dorothea Orem (1997) zur Angstreduktion angewendet. Hierbei wurden drei Einheiten von je 25 bis 30 Minuten vor einer Chemotherapie bei Patientinnen mit

Brustkrebs angeboten. In diesen Einheiten wurde auf jede Brustkrebspatientin individuell eingegangen. Dabei wurde die Angst identifiziert und Informationen über Strategien zur Angstkontrolle gegeben. Die Angst der Patientinnen wurde dabei mit der Spielberg State-Trait Anxiety Inventory (STAI) erhoben. Die Stichprobe in der Studie von Esmaeili Vardanjani et al. (2013) umfasste 70 Brustkrebspatientinnen, die vor der Intervention keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich demographischer Charakteristika als auch in Bezug auf die State-Angst und Trait-Angst aufwiesen. Die Resultate zeigten eine signifikante Verbesserung der Trait-Angst zugunsten der Interventionsgruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe nach der Intervention ( $p < 0,017$ ). Die Wahrscheinlichkeit, dass State-Angst nach der Intervention auftritt, lag bei über 6 Prozent und war somit nicht signifikant anders im Vergleich zur Kontrollgruppe. Nach der Intervention zeigte trotzdem ein niedrigeres Angstlevel in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Masoud Jamshidzahe et al., 2018).

Mit einer Einzelgespräch-Methode führten Ab Manap et al. (2018) eine quasi-experimentelle Pilotstudie jedoch ohne Kontrollgruppe durch, bei der sich die gefundenen Daten auf Patientinnen und Patienten mit Myokardinfarkten beziehen. Dabei führte eine erfahrene Cardiac Care Nurse ein 20-minütiges Einzelgespräch mit 58 Patientinnen und Patienten, die am Ende eine Broschüre mit folgenden Informationen erhielten: wie und wann ein Myokardinfarkt passiert, Zeichen und Symptome eines Myokardinfarktes, Risikofaktoren, frühes Management zu Hause, medizinische Behandlung sowie Prävention und positiven Lebensstilanpassungen (Raucherentwöhnung, Stressmanagement, Medikation, Sport und Gewichtsabnahme, Diät). Neben demographischen und kardiovaskulären Daten wurden psychologische Aspekte wie Depression, Angst und Stress erhoben. Diese wurden mit der Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS) gemessen, die von Lovibond (1998) aufgebaut und validiert wurde. Bei der Variable Angst wurde laut Ab Manap et al. (2018) ein signifikanter Unterschied vor und nach der Intervention gemessen ( $p < 0,001$ ). Außerdem zeigte die Intervention zusätzlich statistisch signifikant bessere Werte nach der Intervention in Bezug auf Stress, Depression, Body Mass Index und Rauchstatus (Ab Manap et al., 2018).

Esmaeili Vardanjani et al. (2013) verfolgten einen ähnlichen Ansatz, indem Forscherinnen und Forscher neben den Einzelgesprächen auch Gruppengespräche

mit zwei bis fünf stationäre Patientinnen und Patienten unter 70 Jahren mit Myokardinfarkten führten. Diese „face-to-face“ Edukation beinhaltete die Aufklärung der Symptome, die Ursachen und Probleme eines Myokardinfarktes, Gespräche über Lebensstiländerungen bezüglich Rauchen, Bewegungsförderung und Blutdruckmanagement sowie das Management von Angst. Die quasi-experimentelle Studie wurde bei 112 Patientinnen und Patienten durchgeführt, welche in zwei randomisierte Gruppen (Fallgruppe: n = 62; Kontrollgruppe: n = 50) eingeteilt wurden. Dabei wurde die Edukationsmaßnahme in der Fallgruppe durchgeführt und die Variable Angststatus anschließend nach vier Monaten untersucht. Die Daten wurden mittels zwei validierten Fragebögen erhoben, wobei der erste Fragebogen aus zwei Teilen bestand: Der erste Teil erhob die demographischen Daten und der zweite Teil die Variablen Body Mass Index, Rauchen, Cholesterolllevel, systolischer und diastolischer Blutdruck. Der zweite Fragebogen beinhaltete 21 Testfragen mit vier Auswahlmöglichkeiten. Mittels der Beantwortung dieser Fragen wurden die Patientinnen und Patienten in vier Gruppen unterteilt: ohne Angst (unter 10 Punkten), niedrige Angst (10-18 Punkte), durchschnittliche Angst (19-29 Punkte) und hohe Angst (30-63 Punkte). Die Resultate der statistischen t-test Analyse ergab eine Differenz von 6,15 Punkten des durchschnittlichen Angststatus, was auf einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen nach der edukativen Intervention hinweist ( $p < 0,001$ ). Weitere Verbesserungen brachten die Messungen der durchschnittlichen Veränderung in der Fallgruppe vor und nach der Intervention des Cholesterolllevels ( $p < 0,001$ ) und des Body Mass Index ( $p < 0,001$ ). Keine Signifikanz konnte bei der Veränderung des systolischen und diastolischen Blutdrucks vor nach der Intervention in der Fallgruppe nachgewiesen werden ( $p = 0,664$ ;  $p = 0,651$ ) (Esmaeili Vardanjani et al., 2013).

### **3.2. Maßnahmen zur Entspannung**

Neben den edukativen Maßnahmen wirken sich das Hören von Musik und progressive Muskelentspannung bei Brustkrebspatientinnen nach einer radikalen Mastektomie positiv auf das Angsterleben aus. Im Zuge ihrer Studie untersuchten Zhou et al. (2015) 170 Patientinnen, die randomisiert in eine Interventionsgruppe (n = 85) und eine Kontrollgruppe (n = 85) zugeteilt wurden. Dabei wurde das Hören von Musik mittels MP3-Player einmal in der Früh zwischen sechs und acht Uhr und

einmal am Abend zwischen 21 und 23 Uhr für jeweils 30 Minuten innerhalb von 48 Stunden nach einer radikalen Mastektomie von den Forscherinnen und Forschern angeboten. Das Musikprogramm umfasste 230 Lieder und die Patientinnen und Patienten wählten das Genre sowie die Lautstärke der Musik selbst aus. Das progressive Muskeltraining wurde zwei Mal pro Tag im selben Zeitraum für 30 Minuten von den Patientinnen und Patienten durchgeführt. Davor wurden sie von den Forscherinnen und Forschern angeleitet, wie man die progressive Muskelentspannung (hier: Kontraktion und Entspannung von 16 Muskelgruppen) durchführt. Die Patientinnen und Patienten, die es tolerierten, wurden ermutigt, beide Entspannungsmaßnahmen gleichzeitig durchzuführen. Die Messungen von Angst und Depression erfolgte am Tag vor der radikalen Mastektomie und im Rahmen der Nachtestung am Tag vor der Entlassung mittels der chinesischen Version des State Anxiety Inventory (SAI), welches auf Reliabilität (0,72) und Validität (0,88) getestet wurde (Shek, 1993). Eine univariate Analyse zeigte, dass die Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe eine Verbesserung hinsichtlich Depression und Angst erfuhren. Die Messung der Dauer des Krankenhausaufenthaltes, die hier zusätzlich zwischen dem ersten Tag nach der Operation und am Tag vor der Entlassung gemessen wurde, ergab durch die Intervention eine statistisch signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ( $p < 0,001$ ). Signifikante Korrelationen gab es auch zwischen Depression und Angst und zwischen Angst und der Länge des Krankenhausaufenthaltes ( $p < 0,01$ ). Zusätzlich wurde in dieser Studie bestätigt, dass das Hören von Musik kombiniert mit progressiver Muskeltherapie einen positiven Einfluss auf die Rehabilitation hinsichtlich physischer und psychischer Gesundheit hat (Zhou et al., 2015).

Entspannungstechniken mittels Audiotape wurden bei Patientinnen und Patienten nach einer abdominalen Operation angewendet. Hierfür wurden 124 Patientinnen und Patienten unter 65 Jahren in zwei randomisierte Gruppen unterteilt (Interventionsgruppe  $n = 62$ ; Kontrollgruppe  $n = 62$ ). Rejeh et al. (2013) erhoben sowohl die Angst als auch den Schmerz anhand einer visuellen Schmerzskala (VAS). Diese Skala bestand aus einer zehn Zentimeter langen unmarkierten Linie, wo der Patient bzw. die Patientin das Schmerzlevel („kein Schmerz“ bis „schlimmster möglicher Schmerz“) und zusätzlich das Angstlevel („keine Angst oder

Sorge“ bis „schlimmste mögliche Angst und Sorge“) markierte. In Bezug auf die demographischen Daten und die klinischen Charakteristika der zwei Gruppen wurde keine signifikante Differenz festgestellt ( $p > 0,05$ ). Es konnte jedoch eine Verbesserung der Schmerzintensität und des Angstlevels festgestellt werden ( $p < 0,001$ ). Die Wahrscheinlichkeit, dass Patientinnen und Patienten nach der Intervention bei der ersten Erhebung (T1) weniger Schmerzen und Angst als die Kontrollgruppe haben, lag bei 96 Prozent, was eine statistisch signifikante Veränderung bedeutet (Rejeh et al. 2013).

Eine weitere Maßnahme bei Angst stellt die Fußreflexzonenmassage bei mit Chemotherapie behandelten Krebspatientinnen und -patienten bei Quattrin et al. (2006) dar. Diese 30-minütige Fußreflexzonenmassage an beiden Füßen wurde von einem ausgebildeten „nursing student“ bei 15 von 30 Partizipantinnen und Partizipanten durchgeführt. Weitere Aspekte wie die Raumkonditionen, das Training der Pflegeperson sowie der Patientin bzw. des Patienten und die Behandlungszeit ausführlich beschrieben wurden. Die Kontrollgruppe bestand aus 15 Partizipantinnen und Partizipanten, bei der keine Fußreflexzonenmassage durchgeführt wurde. Die Erhebungen der Angst zwischen der Vor- und Nachtestung erfolgten anhand des Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Die Messung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach der Intervention (Nachtestung) zeigte, dass weniger als fünf Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine State-Angst aufwiesen. Auch die durchschnittliche Differenz zwischen Vortestung und Nachtestung der State-Angst zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe ist mit einem p-Wert von  $p < 0,0001$  signifikant und zeigt bei der Interventionsgruppe einen besseren Wert. Um eine tatsächliche Wirkung der Intervention nachzuweisen, wurde in der Interventionsgruppe eine zusätzliche Messung der State-Angst 24 Stunden nach der Intervention vorgenommen, welche wiederum ein verbessertes Ergebnis im Vergleich zur Vortestung erbrachte (Quattrin et al., 2006).

### **3.3. Bewegungsmaßnahme**

Laut Mehnert et al. (2011) wirkt sich ein rehabilitatives Sportprogramm bei Frauen mit nicht metastasierten Mammakarzinomen positiv auf die Angstbewältigung aus. Dieses Sportprogramm wurde speziell für Brustkrebspatientinnen von der deutschen Sportuniversität Köln entwickelt. Die Trainingseinheiten fanden zweimal

pro Woche zehn Wochen lang für 90 Minuten statt. Zudem wurde das Trainingsprogramm in zwei Einheiten unterteilt: i) Gymnastik, Bewegungsspiele und Entspannung, Aufwärmen, Tanz und physiotherapeutische Elemente; ii) schnelles Gehen und Joggen inklusive Atemedukation im Training wurde draußen durchgeführt. Die Frauen wurden randomisiert in eine Interventionsgruppe (n = 30) und eine Kontrollgruppe (n = 28), bei der keine Intervention stattgefunden hat, unterteilt. Mehnert et al. (2011) haben Angst und Depression bei den Brustkrebspatientinnen mit der deutschen Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) gemessen. Dieses Instrument ist ein validiertes Screening Instrument, das bei Angst und Depression bei somatisch erkrankten Personen zum Einsatz kommt (Hartung et al., 2017). Des Weiteren wurde die Lebensqualität anhand des European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) sowie das soziale und individuelle Körperbild anhand des Body Image Questionnaire (BIQ) erhoben. Die Ausprägung von Angst in der Interventionsgruppe wies nach einem Follow-up von zehn Wochen einen signifikanten Unterschied auf und war im Vergleich zur Kontrollgruppe niedriger ( $p = 0,03$ ). Die gleiche Gegenüberstellung wurde bei der Variable Depression durchgeführt und ergab wiederum eine Verbesserung in der Interventionsgruppe ( $p = 0,05$ ). Kein signifikanter Unterschied konnte bezüglich der Lebensqualität und dem sozialen Körperbild nachgewiesen werden, das individuelle Körperbild der Interventionsgruppe hat sich über diesen Zeitraum jedoch wieder verbessert (Mehnert et al., 2011).

## 4. Diskussion

Diese Arbeit befasst sich mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen, die bei ängstlichen Patientinnen und Patienten von der Pflegeperson im stationären Bereich gesetzt werden können.

Europaweit gelten Angststörungen als häufigste psychische Erkrankung. In Österreich leidet beinahe ein Drittel der Menschen mit psychischen Krankheiten an Angst. In Anbetracht dieser Daten, lieferte diese Literaturrecherche nur wenige Studien über Angst, die einen Zusammenhang mit der Pflege im stationären Setting aufweisen. Wie aus dem theoretischen Hintergrund dieser Arbeit hervorgeht, spielt Angst generell eine wichtige Rolle bei psychischen Erkrankungen. Interessanterweise befasste sich lediglich eine von acht eingeschlossenen Studien (Wood et al., 2005) mit Maßnahmen zur Angstlinderung speziell bei Angsterkrankungen.

In den sieben übrigen Studien gilt Angst als Begleiterscheinung bei Erkrankungen wie Krebs (Quattrin et al. 2006), insbesondere bei Patientinnen mit Brustkrebs (Masoud Jashidzahe et al. 2018; Mehnert et al. 2011) oder Myokardinfarkten (Ab Manap et al. 2018; Esmaeili Vardanjani et al. 2013). Auch in der postoperativen Situation gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse zur Angst (Zhou et al. 2015; Rejeh et al. 2013). Weiters geht aus dieser Bachelorarbeit hervor, dass Angst in Bezug auf Erkrankungen vor allem bei onkologischen und kardialen Erkrankungen oder auch bei Depression (Ab Manap et al., 2018, Mehnert et al., 2011, Zhou et al., 2015) erforscht wurde. Dass Angst im stationären Setting in anderen Situationen bei Patientinnen und Patienten vorkommen kann, wurde in keiner der beschriebenen Studien untersucht. Wie in der Einleitung im Kapitel 1.2.5. beschrieben wird, kann Angst zum Beispiel auch vor einer Operation oder vor dem Tod auftreten. Diese eingeschlossenen Untersuchungen über Angst befassten sich jedoch lediglich mit Angst in spezifischen Kontexten und in Relation zu einer der erwähnten Erkrankungen.

In Bezug auf die Maßnahmen, die bei ängstlichen Patientinnen und Patienten gesetzt werden können, wurde deren Ausführung in den gefundenen Studien im Allgemeinen sehr schwach bis gar nicht beschrieben. Das von Masoud Jamshidzahe et al. (2018) beschriebene Pflegemodell nach Dorothea Orem wurde

beispielsweise nicht näher erläutert, was in weiterer Folge zu einem sogenannten „Theorie-Practice-Gap“ in der Pflegepraxis führen könnte. Das bedeutet, dass eine evidenzbasierte Empfehlung in der Praxis aus verschiedenen Gründen nicht umgesetzt werden kann. Das Selbstpflegemodell nach Orem wird laut Sauter et al. (2011) am häufigsten in der Praxis angewendet, weshalb eine genaue Beschreibung der Maßnahmen umso wichtiger wäre, um es in die Praxis zu implementieren. Des Weiteren wurde bei dieser Studie von Masoud Jamshidzahe et al. (2018) herausgefunden, dass Orems Modell zwar eine Linderung der Trait-Angst hervorruft, jedoch kein Einfluss auf die State-Angst nachgewiesen werden konnte. Einerseits könnte dabei die Stichprobengröße mit 70 Personen zu klein gewählt worden sein. Andererseits könnte ein Grund für dieses Ergebnis das generelle Vorkommen der Trait-Angst in ängstlichen Personen sein, die State-Angst könnte hingegen von dem Einsatz der Maßnahmen abhängig sein. Gespräche über Angst und somit das ständige Befassen mit Angst könnte hier beispielsweise ein Grund der negativen Veränderung der State-Angst sein.

Hinsichtlich der Angstreduktion nahmen edukative Maßnahmen in Form von Einzelgesprächen oder Gruppenkursen eine wesentliche Rolle ein (Esmaeili Vardanjani et al., 2013, Wood et al., 2005, Ab Manap et al., 2018). Dies weist darauf hin, dass einerseits eine genaue Aufklärung und andererseits Kommunikation mit angstanfälligen Patientinnen und Patienten zur Linderung von Angstsymptomen beitragen könnten. Da im Krankenhaus häufig das im Einleitungsteil beschriebene Gefühl des „Ausgeliefert-Seins“ oder generell Hilflosigkeit aufkommt, könnte die Pflegeperson eine wichtige Ansprechperson in Bezug auf die Angstlinderung darstellen. Laut Literatur nimmt die Beziehung zwischen der Pflegeperson und den Patientinnen und Patienten dabei einen wichtigen Stellenwert ein (Schmitz & Reiß, 2006).

Auf die Aufklärung von Stress- und Angstmanagement gehen unter anderem auch Ab Manap et al. (2018) näher ein. Die Aussagekraft dieser quasi-experimentellen Pilotstudie ist jedoch aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe eingeschränkt. In Bezug auf weitere Ergebnisse dieser Bachelorarbeit könnte eine Aufklärung über angstbegünstigende Faktoren die Selbsteinschätzung der Betroffenen schulen und das Einflussverhalten auf das Angsterleben steigern. Dies könnte sich wiederum positiv auswirken, wenn man das Modell des Teufelskreises der Angst (Kapitel

1.2.4.) heranzieht. Vergleicht man diese Ergebnisse mit dem in Kapitel 1.3. erwähnten Empowerment-Gefühl, ermöglicht Edukation außerdem das Umsetzen dieses gesundheitsförderlichen Ansatzes. Negative Selbstwirksamkeit trägt laut dem Teufelskreismodell wesentlich zur Angstverstärkung bei. Durch die Aufklärung durch Pflegende könnte die Selbstwirksamkeit positiv verändert werden und dadurch eine positive Selbstwirksamkeit hervorrufen.

Außerdem tragen Entspannungsmaßnahmen wie eine Fußreflexzonenmassage wesentlich zur Angstreduzierung bei (Zhou et al. 2015, Rejeh et al., 2013). Dieses Ergebnis wird durch die Untersuchungen von Stephenson et al. (2007) untermauert, wo ebenfalls von einer Angstlinderung durch Reflexzonenmassage berichtet wird. Nach Genc & Tan (2015) trägt Reflexzonenmassagen auch Akupressur wesentlich zur Angstreduzierung bei. Körperliche Berührungen sind Teil des Pflegealltags und der Kommunikation zwischen der Pflegeperson und den zu Pflegenden (Klein, 2012). Klein konnte demnach ebenfalls bestätigen, dass Massagen angstlösend wirken und als zusätzliche Therapiemaßnahme bei psychischen Erkrankungen, die mit Angst einhergehen – wie beispielsweise eine Depression – eingesetzt werden kann. Entspannung vermindert laut Klein die Ausschüttung der Stresshormone Kortisol und Adrenalin, verringert Angstgefühle und bewirkt eine Verbesserung der depressiven Stimmungslage. All das sind positive Wirkungen, die durch Massagen bzw. körperliche Berührungen ausgelöst werden können (Klein, 2012). Berührungen könnten sich somit positiv auf das Angsterleben auswirken und zur Entspannung beitragen. Eine weitere, im Ergebnisteil genannte Entspannungstechnik, die mittels Audiotape bei chirurgischen Patientinnen und Patienten angewendet wurde, zeigte bei Rejeh et al. (2013) ein signifikant positives Ergebnis in Bezug auf Angst und Schmerz. Dabei wurde die visuelle Schmerzskala (VAS) zur Messung beider Variablen verwendet. Da beide Variablen gleichzeitig erfragt wurden, könnte das bedeuten, dass Schmerzen oft mit Angst nach einer Operation einhergehen könnten. Auch Stress und Depression wird gemeinsam mit Angst in der hier dargelegten Studie von Ab Manap et al. (2018) anhand der Depression Anxiety Stress Scale (DASS) gemessen. Der Vorher-Nachher-Vergleich dieser Messungen von Stress, Angst und Depression ergab ein signifikantes Ergebnis, was auf einen Zusammenhang der drei Komponenten hinweisen könnte. Außerdem gehen, wie im theoretischen Rahmen dieser

Bachelorarbeit beschrieben wurde, die körperlichen Symptome bei Stress mit den körperlichen Symptomen bei Angst einher. Demnach könnte die Anwendung der gefundenen Maßnahmen auch in anderen angstausslösenden Situationen im Krankenhaus angewendet werden.

Die im Ergebnisteil zuletzt erwähnte Studie von Mehnert et al. (2011) bestätigte positive Auswirkungen durch die Durchführung eines Sportprogramms bei Brustkrebspatientinnen hinsichtlich Angst. Bei dieser randomisiert kontrollierten Studie wurde unter anderem auch die Lebensqualität gemessen, welche jedoch keinen Einfluss auf die beiden Gruppen hatte. Dies könnte mit der Größe der Stichprobe zusammenhängen ( $n = 58$ ), denn wie bereits im theoretischen Bezugsrahmen erwähnt, kann Angst die Lebensqualität im Sinne der Entstehung einer Angststörung enorm beeinflussen (Bach et al., 2018).

In Bezug auf die Erhebung von Angst wurden insgesamt fünf verschiedene Assessmentinstrumente in den behandelten Studien eingesetzt. Es wurden die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Mehnert et al., 2011), die Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Ab Manap et al., 2018, Esmaeili Vardanjani et al., 2013), die visuelle Analogskala (VAS), der Fear Questionnaire (Wood et al. 2005) sowie zwei Versionen des STAI (Masoud Jamshidzahe et al., 2018, Quattrin et al., 2006, Zhou et al., 2015) verwendet. Ein Grund, dass die Komponente Angst mit verschiedenen Messinstrumenten erhoben wurde, könnten die zusätzliche Erhebung der Begleiterscheinungen, die ängstliche Patientinnen und Patienten aufweisen, sein. Wäre ein einheitliches Instrument zur Erhebung von Angst verwendet werden, hätten die Ergebnisse in Bezug auf Angst für diese Bachelorarbeit womöglich mehr Aussagekraft und wären vergleichbarer.

Des Weiteren wurde in der Studie von Zhou et al. (2015) herausgefunden, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Angst und der Länge des Krankenhausaufenthalts gibt. Hierbei wurde bestätigt, dass die Interventionen des Musikhörens und der progressiven Muskelentspannung eine kürzere Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten bedeutet. In Anbetracht des allgemeinen Personalmangels in der Pflege, was mit knappen Zeitressourcen für die Pflege der Patientinnen und Patienten einhergeht, wäre die Miteinbeziehung

solcher Maßnahmen ein möglicher Ansatzpunkt zur Lösung dieses Problems im Gesundheitssystem.

#### **4.1. Stärken und Limitationen**

Als Stärke dieses Reviews kann die Beurteilung der Studien mittels Bewertungsbogen nach Hong et al. (2018) gesehen werden, da alle eingeschlossenen Studien damit bewertet werden konnten. Bei den inkludierten Studien handelte es sich bei der Mehrheit um randomisiert kontrollierte Designs, welche als sehr aussagekräftig gelten. Außerdem wurde internationale Literatur verwendet und somit Partizipantinnen und Partizipanten aus mehreren Staaten miteingeschlossen, was sich ebenfalls als vorteilhaft erweist, da eine Bandbreite von unterschiedlichen Voraussetzungen gegeben ist. Das Einschließen der vor kurzem publizierten Pilotstudie ist als positiv zu betrachten, denn dadurch zeigt sich, dass diese Arbeit sehr aktuell ist.

In dieser Literaturarbeit wurden zur Literatursuche zwei Datenbanken herangezogen. Das Verwenden von weiteren Datenbanken hätte womöglich die Anzahl der Studien erhöht und ist daher als Limitation anzusehen. Problematisch ist, dass der Rahmen der Arbeit zu weit gefasst sein könnte. Eine Eingrenzung des Themas war jedoch nur zu einem gewissen Grad möglich, da es zwar zum Thema Umgang mit ängstlichen Patientinnen und Patienten im Setting Krankenhaus einige wissenschaftliche Literatur gibt, aus pflegerischer Perspektive allerdings nur vereinzelt Forschungsergebnisse vorhanden sind. Zudem werden pflegerische Maßnahmen nur vereinzelt beschrieben, was problematisch für die Implementierung in die Pflegepraxis sein kann. Auch die Stichprobengröße wurde des Öfteren sehr klein gehalten, was eine zusätzliche Problematik in Bezug auf die Aussagekraft der Studienergebnisse darstellen kann. Des Weiteren wurde Angst in keiner der gefundenen Studien im Speziellen betrachtet, sondern immer im Kontext gemessen. Die vorliegende Arbeit wurde nur von einer Person durchgeführt, was eine weitere Limitation darstellt.

## 5. Implikationen für Forschung und Praxis

Forschungsempfehlungen: Wie zuvor erwähnt, wäre eine genauere Betrachtung der Komponente Angst bei Patientinnen und Patienten im stationären Setting empfehlenswert. Darüber hinaus wäre weitere Forschung in Bezug auf die Anwendung der hier untersuchten Maßnahmen in anderen angstbehafteten Situationen im Krankenhaus zu empfehlen. Zur Erhebung der Angst wäre dabei der Einsatz eines validierten Instruments vorteilhaft, das auch in der Pflegepraxis anwendbar ist. Hinsichtlich der Maßnahmen, die durch Pflegepersonen im stationären Setting gesetzt werden können, gibt es aufgrund der begrenzten Anzahl der eingeschlossenen Studien in dieser vorliegenden Arbeit weiteren Forschungsbedarf. Dabei wäre beispielsweise nicht nur die Erfassung der postoperativen Angst oder die Angst im Zusammenhang mit einer Erkrankung relevant, sondern auch die Erhebung der präoperativen Angst bzw. weiteren Angstsituationen im Krankenhaus. Wichtig dabei wäre die genaue Beschreibung der Intervention, um sie in der Praxis tatsächlich umsetzen zu können.

Praxisempfehlungen: Durch diese Arbeit zeigt sich, dass Angst ein wesentlicher Aspekt im klinischen Alltag ist, der mit vielen Komponenten einhergeht. Da Angst unter anderem einen wesentlichen Stellenwert in der Rehabilitation darstellt, ist die Miteinbeziehung von Maßnahmen zur Angstreduktion im pflegerischen Alltag besonders empfehlenswert. Einerseits hinsichtlich der verringerten Krankenhausaufenthaltsdauer, andererseits zur Stärkung der Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten. Auch eine gute Beziehung zwischen Pflegepersonen und Patientinnen und Patienten wird durch den Einsatz dieser Maßnahmen gefördert und ermöglicht eine ganzheitliche Pflege, die nicht nur im Interesse der Pflegepersonen, sondern auch im Interesse der Patientinnen und Patienten besteht.

## 6. Schlussfolgerung

Diese Bachelorarbeit hat sich ausführlich mit dem Thema Angst bei Patientinnen und Patienten im stationären Setting beschäftigt. Ziel war es, gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Linderung von Angst durch die Pflegeperson herauszufinden.

Nach der Literaturrecherche konnten drei Kategorien an gesundheitsförderlichen Maßnahmen identifiziert werden. Einerseits konnten edukative Maßnahmen in Form von Einzel- oder Gruppensitzungen, andererseits Entspannungsmaßnahmen wie das Hören von Musik, progressive Muskelentspannung oder eine Fußreflexzonenmassage und in weiterer Folge eine Bewegungsmaßnahme identifiziert werden.

Anhand der Ergebnisse von edukativen Maßnahmen kann geschlossen werden, dass sich Aufklärung von Angst und Stärkung der Selbstwirksamkeit positiv auf eine ängstliche Person im stationären Setting auswirkt. Das wird auch durch die Literatur im theoretischen Bezugsrahmen der Arbeit bestätigt. Auf Basis der gefundenen Literatur lässt sich behaupten, dass sowohl Musik, das Erlernen einer Entspannungstechnik als auch körperliche Berührungen in Form von Massagen einen wesentlichen Einfluss auf das Angsterleben haben (Quattrin et al., 2006, Rejeh et al. 2013, Zhou et al., 2015). Dies fördert nicht nur die Beziehung zwischen Pflegepersonen und Patientinnen und Patienten, sondern vermindert auch die Länge des Krankenhausaufenthalts. Des Weiteren konnte durch die Bewegungsmaßnahme eine Verbesserung der Angst bei Brustkrebspatientinnen festgestellt werden (Mehnert et al., 2011). Dieses Ergebnis war jedoch im Zusammenhang mit der Lebensqualität nicht aussagekräftig und in Bezug auf die kleine Stichprobenanzahl zu hinterfragen. Ein genereller Kritikpunkt an manchen der untersuchten Studien ist die geringe Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern. In weiterer Folge gehen Schmerzen oder Stress oftmals mit Angst einher und wurden mehrmals in den Studien mitgemessen. Anhand dieser Ergebnisse und der weiterführenden Literatur kann wiederum daraus geschlossen werden, dass die gefundenen Maßnahmen auch in anderen Angstsituationen angewendet werden können. Es ist auch zu erwähnen, dass im Krankenhaussetting weitere angstbehaftete Situationen existieren, die in den inkludierten Studien nicht

erwähnt werden. Genannt werden in den gefundenen Studien jedoch vor allem Angst im Zusammenhang mit onkologischen und kardiovaskulären Erkrankungen sowie mit Depressionen. Aus der weiterführenden Literatur geht hervor, dass Angst in vielen weiteren Bereichen bei Patientinnen und Patienten vorkommt und diese Tatsache auf eine Forschungslücke hindeutet. Die Einbeziehung von den hier gefundenen gesundheitsförderlichen Maßnahmen zur Angstlinderung ist aufgrund der positiven Auswirkungen im Generellen in der Pflegepraxis zu empfehlen. Das Bemühen um eine gute Gesprächsbasis zwischen Pflegeperson und Patientinnen und Patienten sollte dabei im Vordergrund stehen, denn nur dann ist eine ganzheitliche Pflege zugunsten der Patientinnen und Patienten gewährleistet.

## 7. Referenzliste

- Ab Manap, N., Ahmad Sharoni, S. K., Rahman, P. A. & Mohd Abdul Majid, H. A. 2018. Effect of an Education Programme on Cardiovascular Health Index among Patients with Myocardial Infarction: A Preliminary Study. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 25, 105-115.
- Altenthau, S., Betscher-Ott, S., Gotthardt, W., Hobmair, H., Höhle, R., Ott, W., Pöll, R. & Schneider, K.-H. 2008. *Psychologie*, Troisdorf, Bildungsverlag EINS.
- Bach, M., Baldinger-Melich, P., Conca, A., Erfurth, A., Frey, R., Gößler, R., Haller, R., Hausmann, A., Lanzenberger, R., Lehofer, M., Marksteiner, J., Naderi-Heiden, A., Plener, P., Praschak-Rieder, N., Rados, C., Rainer, M., Schosser, A., Sperner-Unterwiesing, B., Spies, M., Willeit, M., Windhager, E. & Winkler, D. 2018. Angststörungen Medikamentöse Therapie. *Clinicum neuropsychy*, 3-19.
- Bandelow, B. 2013. *Panik und Agoraphobie: Diagnose, Ursachen, Behandlung*, Springer-Verlag.
- Barnes, L. L., Harp, D., Jung, W. S. J. E. & Measurement, P. 2002. Reliability generalization of scores on the Spielberger state-trait anxiety inventory. 62, 603-618.
- Bernitzke, F. 2011. *Heil- und Sonderpädagogik*, Köln, Bildungsverlag EINS.
- Broman-Fulks, J. J., Berman, M. E., Rabian, B. A. & Webster, M. J. 2004. Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour research and therapy*, 42, 125-36.
- Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) 2018, viewed 25 November 2018, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>
- Eisenberg, L. 1999. *Prävention psychischer Erkrankungen*. Psychiatrie der Gegenwart 2. Springer.
- Esmaili Vardanjani, S. A., Fanisaberi, L., Alirezaee Shahraki, F., Khalilzadeh, A., Tavakoli Vardanjani, A. & Ghani Dehkordi, F. 2013. The Effect of Face-to-Face

Education and Educational Booklet on Heart Health Indexes of the Hospitalized Patients with Myocardial Infarction. *Nursing research and practice*, 2013, 675634.

Genc, F. & Tan, M. 2015. The effect of acupuncture application on chemotherapy-induced nausea, vomiting, and anxiety in patients with breast cancer. *Palliative & supportive care*, 13, 275-84.

Hartung, T. J., Friedrich, M., Johansen, C., Wittchen, H. U., Faller, H., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M. & Schulz, H. J. C. 2017. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer. *123*, 4236-4243.

Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnonm-P, G. F., Nicolau, B. & O'cathain, A. J. I. C. I. P. O., Industry Canada 2018. Mixed methods appraisal tool (MMAT), version 2018.

Hurrelmann, K. R. O. 2016. *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Weinheim, Beltz Juventa.

Kabacoff, R. I., Segal, D. L., Hersen, M. & Van Hasselt, V. B. 1997. Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of anxiety disorders*, 11, 33-47.

Kleibel, V. & Mayer, H. 2011. *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*, facultas. wuv/maudrich.

Klein, W. 2012. *Heilsame Berührungen—die psychosoziale Wirkung von Körperkontakt in der Pflege*. uniwien.

Krohne, H., El-Giamal, M. & Volz, C. 2003. Der Einfluss sozialer Unterstützung auf die prä- und postoperative Anpassung chirurgischer Patienten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11, 132-142.

Lovibond, P. F. 1998. Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of abnormal psychology*, 107, 520-6.

Maercker, A. & Michael, T. 2009. *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer.

- Masoud Jamshidzahe, D., Fatemeh, K., Seyed Mehdi, T. & Mojtaba, T. 2018. Effect of Orem's Self-Care Model Training Program on Anxiety of Women with Breast Cancer: A Clinical Trial Study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 7, 1-6.
- Mehnert, A., Veers, S., Howaldt, D., Braumann, K. M., Koch, U. & Schulz, K. H. 2011. Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image, and health-related quality of life among breast cancer patients. *Onkologie*, 34, 248-53.
- Naidoo, J. W., J 2019. *Lehrbuch Gesundheitsförderung*, Bern, Hogrefe.
- Oecd/Eu. 2018. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* [Online]. Paris: OECD. Available: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en) [12.12.2019].
- Page, M. J. & Moher, D. J. S. R. 2017. Evaluations of the uptake and impact of the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement and extensions: a scoping review. 6, 263.
- Peplau, H. 1990. *Interpersonal relations model: theoretical constructs, principles and general applications*. Psychiatric and Mental Health Nursing. Springer.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. 2017. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, Lippincott Williams & Wilkins.
- Quattrin, R., Zanini, A., Buchini, S., Turello, D., Annunziata, M. A., Vidotti, C., Colombatti, A. & Brusaferrò, S. 2006. Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: methodology and outcomes. *Journal of nursing management*, 14, 96-105.
- Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Vaismoradi, M. & Jasper, M. 2013. Effect of systematic relaxation techniques on anxiety and pain in older patients undergoing abdominal surgery. *International journal of clinical practice*, 19, 462-70.
- Richter, M. 2018. *Furcht im Krankenhaus - Keine Angst vor der Angst*. Die Schwester Der Pfleger, vol. 5.
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. 2011. *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Huber.

- Schmidt-Traub, S. & Lex, T. P. 2005. Angst und Depression: kognitive Verhaltenstherapie bei Angststörungen und unipolarer Depression, Hogrefe Verlag.
- Schmidt-Traub, S. 2013. Zum Verständnis von Angst. Angst bewältigen. Springer.
- Schmitz, F. & Reiß, W. J. P. 2006. Beziehungsarbeit-Bezugspersonenpflege-zwei Standards. 12, 83-87.
- Shek, D. T. 1993. The Chinese version of the State-Trait Anxiety Inventory: its relationship to different measures of psychological well-being. Journal of clinical nursing, 49, 349-58.
- Spielberger, C., Rickman, R. J. a. P. & Perspectives, C. 1990. Assessment of state and trait anxiety. 69-83.
- Steinbach, H. 2016. Gesundheitsförderung und Prävention, Wien, Falcutas.
- Steinmayr, R. & Reuschenbach, B. 2011. Erfassung von Angst im Krankenhaus, Bern, Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Bern: Verlag Hans Huber, 441–457.
- Stephenson, N. L., Swanson, M., Dalton, J., Keefe, F. J. & Engelke, M. 2007. Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. Oncology nursing forum, 34, 127-32.
- Ulich, D., Mayring, P 2003. Psychologie der Emotionen, Stuttgart, Kohlhammer.
- White, J. 1997. Stresspac: The Psychological Corporation, London.
- Who 1995. Health promotion: Ottawa charter. Geneva: World Health Organization.
- Wood, S. D., Kitchiner, N. J. & Bisson, J. I. 2005. Experience of implementing an adult educational approach to treating anxiety disorders. Journal of psychiatric and mental health nursing, 12, 95-9.
- Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D. & Xin, X. 2015. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay. European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society, 19, 54-9.

## **Anhang**

### ***Qualitätsbewertung der inkludierten Studien***

Studie 1:

Wood et al. (2005): Experience of implementing an adult educational approach to treating anxiety disorders

Screening Questions:

S1. Are there clear research questions?

Ja. Die Forschungsfrage ist zwar nicht direkt angegeben, lässt sich jedoch von dem Forschungsziel ableiten: Die Effektivität der Intervention bei Patientinnen und Patienten Angsterkrankungen durch Mental Health Nurses.

S2. Do the collected data allow to address the research questions?

Ja. Die gesammelten Daten repräsentieren die Antwort auf die Forschungsfrage: Die Messungen zeigen signifikante Verbesserungen bei Angst, psychologisches Wohlbefinden und Depression.

4. Qualitative descriptive:

4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?

Nicht beurteilbar. Die Sampling Strategie wird nicht beschrieben, alle Partizipantinnen und Partizipanten leiden lediglich an einer Angsterkrankung.

4.2. Is the sample strategy representative of the target population?

Nicht beurteilbar. Da die Sampling Strategie nicht beschrieben ist, kann diese nicht genau festgestellt werden, ob sie repräsentativ zur Zielpopulation ist.

4.3. Are the measurements appropriate?

Ja. Die Messungen wurden anhand von zwei Skalen angemessen durchgeführt: General Health Questionnaire (GHQ) und Beck Depression Inventory (BDI). Die Variablen sind klar definiert und die Messinstrumente repräsentieren das, was sie messen sollen sehr gut. Jedoch fehlt die Begründung, warum mit diesen Messinstrumenten gearbeitet wurde.

4.4. Is the risk of nonresponse bias low?

Ja. Der Antwortausfallrate lag bei 18 Prozent.

4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?

Ja. Die statistische Analyse für die Beantwortung der Forschungsfrage ist angemessen.

Studie 2:

Masoud Jamshidzahe et al. (2018): Effect of Orem's Self-Care Model Training Program on Anxiety of Women with Breast Cancer: A Clinical Trial Study

Screening Questions:

S1. Are there clear research questions?

Ja. Die Forschungsfrage ist zwar nicht direkt angegeben, lässt sich jedoch von dem Forschungsziel ableiten: Der Effekt von Orem's Selbstrainingsprogramm bei Angst bei Brustkrebspatientinnen.

S2. Do the collected data allow to address the research questions?

Ja. Die gesammelten Daten repräsentieren die Antwort auf die Forschungsfrage: Die Messungen zeigen sehr signifikante Verbesserungen in der Interventionsgruppe bezüglich Angstlevel und Veränderung der Angst.

3. Quantitative non-randomised study

3.1. Are the participants representative of the target population?

Ja. Es wurde eine willkürliche Stichprobe als Auswahlverfahren gewählt. Die Zielgruppe wird klar beschrieben: 70 Brustkrebspatientinnen, die in Edukationskrankenhäuser in Zahedan im Jahr 2017 überwiesen wurden. Weiters werden Einschluss- und Ausschlusskriterien angegeben. Einschlusskriterien waren die Teilnahme an der ersten Chemotherapie, das volljährige Alter (über 18 Jahre), die Fähigkeit, zu kommunizieren und zusammenzuarbeiten, das Fehlen von Metastasen sowie das Fehlen von bekannten psychiatrischen Erkrankungen und eine moderate bis ernste Angstrate von 32 bis 75 gemessen mit dem STAI. Ausschlusskriterien inkludierten das Fehlen von Unterrichtseinheiten, das Vorkommen von Metastasen während der Studie, der Tod der Patientin und die

fehlende Kooperation der Patientin. Somit sind die Teilnehmerinnen repräsentativ zur Zielpopulation.

3.2. Are the measurements appropriate regarding both outcome and intervention (or exposure)?

Ja. Die Variablen sind klar definiert und akkurat gemessen worden; die Messungen begründen die Antwort auf die Forschungsfrage; Die Messungen geben das wieder, was sie messen sollen; Die Messungen sind reliabel und die Validität ist gegeben;

3.3. Are there complete outcome data?

Ja. Alle 70 Teilnehmerinnen haben die Studie beendet und die Ergebnisdaten sind komplett.

3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?

Nein.

3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?

Nicht beurteilbar. Die Zeit der Studienperiode wird nicht genauer beschrieben. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Intervention durchgeführt wurde, wie sie beabsichtigt war.

Studie 3:

Ab Manap et al. (2018): Effect of an Education Programme on Cardiovascular Health Index among Patients with Myocardial Infarction: A Preliminary Study

Screening Questions:

S1. Are there clear research questions?

Ja. Die Forschungsfrage ist zwar nicht direkt angegeben, lässt sich jedoch von dem Forschungsziel ableiten: Das Herausfinden des Effekts von Einzelgesprächen im Rahmen eines Edukationsprogramms für die kardiovaskuläre Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit.

S2. Do the collected data allow to address the research questions?

Ja. Die gesammelten Daten repräsentieren die Antwort auf die Forschungsfrage: Die Messungen zeigen eine statistische Abnahme bezüglich Angst-, Stress- und Depressionslevel, eine Verminderung des BMI und der Anzahl an Rauchern.

### 3. Quantitative non-randomized

#### 3.1. Are the participants representative of the target population?

Nein. Der Frauenanteil ist mit 20,7% zu wenig. Die Einschlusskriterien sind jedoch angegeben und repräsentieren die Zielpopulation gut wieder: Patientinnen und Patienten, die eine Myokardinfarkt zum ersten Mal diagnostiziert bekamen, Alter zwischen 40 und 70 Jahren, nicht-medizinisches Personal oder keinen medizinischen Hintergrund und fähig zu sein, in Malay lesen und schreiben zu können. Ein Ausschlussgrund war die geplante Transferierung in ein anderes Krankenhaus für eine kardiale Katheterisierung oder einem koronaren arteriellen Bypass. Gründe, warum Partizipantinnen und Partizipanten ausgeschlossen wurden waren: Verweigerung, Sprachbarrieren, Seh- oder Hörprobleme und Unfähigkeit, den zweiten Teil (Nachttestung) zu vervollständigen.

#### 3.2. Are the measurements appropriate regarding both outcome and intervention (or exposure)?

Ja. Die Variablen sind klar definiert und akkurat gemessen worden; Die Messungen begründen die Antwort auf die Forschungsfrage; Die Messungen geben das wieder, was sie messen sollen; Die Messungen sind reliabel und die Validität ist gegeben;

#### 3.3. Are there complete outcome data?

Ja. Die Dropoutrate lag bei 19%, alle anderen 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Studie beendet und die Ergebnisdaten sind somit komplett.

#### 3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?

Ja. Die Limitationen wurden aufgeführt: Es gibt keine Kontrollgruppe in dieser quasi-experimentellen Studie, da sie nicht verfügbar war und die Dauer von vier Wochen unzulänglich war, um die Aufrechterhaltbarkeit zu messen.

#### 3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?

Can't tell. Die Zeit der Studienperiode wird nicht genauer beschrieben. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Intervention durchgeführt wurde, wie sie beabsichtigt war.

Studie 4:

(Zhou et al., 2015): A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay

Screening Questions:

S1. Are there clear research questions?

Ja. Die Forschungsfrage ist zwar nicht direkt angegeben, lässt sich jedoch von dem Forschungsziel ableiten: Auswirkungen von Musik hören und progressive Muskelrelaxation auf Depression, Angst und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus bei chinesischen Brustkrebspatientinnen nach einer radikalen Mastektomie.

S2. Do the collected data allow to address the research questions?

Ja. Die gesammelten Daten repräsentieren die Antwort auf die Forschungsfrage.

2. Quantitative randomized controlled trial

2.1. Is randomization appropriately performed?

Ja. Für die Zuteilung zu den zwei Gruppen (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe) wurde eine Computer-Software verwendet und jede/m Teilnehmer/in wurde eine randomisierte Nummer zugeteilt. Daher ist eine angemessene Randomisierung gegeben.

2.2. Are the groups comparable at the baseline?

Ja. Im Zuge des Vortests, bei denen die demographischen Daten, Depression und Angst erhoben wurden, sind die Gruppen vergleichbar.

2.3. Are there complete outcome data?

Ja. Die Ergebnisdaten sind vollständig.

#### 2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?

Ja. Die durchführenden Personen hatten keine Information über die Gruppenzuteilung.

#### 2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?

Ja. 170 von 176 Partizipantinnen und Partizipanten nahmen bis zum Schluss an der Studie teil.

#### Studie 5:

(Quattrin et al., 2006): Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: Methodology and outcomes

#### Screening Questions:

##### S1. Are there clear research questions?

Ja. Die Forschungsfrage ist zwar nicht direkt angegeben, lässt sich jedoch von dem Forschungsziel ableiten: Die Effektivität einer Fußreflexzonenmassage bei stationären Patientinnen und Patienten, die den zweiten oder dritten Chemotherapie Zyklus durchmachen.

##### S2. Do the collected data allow to address the research questions?

Ja. Die gesammelten Daten repräsentieren die Antwort auf die Forschungsfrage.

#### 2. Quantitative randomized controlled trial

##### 2.1. Is randomization appropriately performed?

Ja. Die Zuteilung zu den Gruppen (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe) erfolgte der Reihe nach. In der ersten Woche wurden die Patientinnen und Patienten für die Kontrollgruppe ausgewählt, in der zweiten Woche die Patientinnen und Patienten für die Interventionsgruppe. Demnach ist eine angemessene Randomisierung gegeben.

##### 2.2. Are the groups comparable at the baseline?

Ja. Die sowohl Interventions- als auch Kontrollgruppe sind vergleichbar.

2.3. Are there complete outcome data?

Ja. Die Ergebnisdaten sind vollständig.

2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?

Ja.

2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?

Nicht beurteilbar. Es lässt sich nicht feststellen, ob die Partizipantinnen und Partizipanten die Intervention adhärent umgesetzt haben, jedoch zeigen die signifikanten Ergebnisse, dass es so war.

Studie 6:

Esmaeili Vardanjani et al. (2013): The Effect of Face-to-Face Education and Educational Booklet on Heart Health Indexes of the Hospitalized Patients with Myocardial Infarction

Screening Questions:

S1. Are there clear research questions?

Ja. Die Forschungsfrage ist zwar nicht direkt angegeben, lässt sich jedoch von dem Forschungsziel ableiten: Die Verbesserung der Patientenpflegequalität und eine Angstreduktion durch eine Schulung von Patientinnen und Patienten mit Myokardinfarkt.

S2. Do the collected data allow to address the research questions?

Ja. Die gesammelten Daten repräsentieren die Antwort auf die Forschungsfrage: Die gesammelten Daten zeigten eine Verbesserung der Patientenpflegequalität und eine Angstreduktion.

2. Quantitative randomized controlled trial

2.1. Is randomization appropriately performed?

Nicht beurteilbar. Die Randomisierung erfolgte laut Angaben zwar zufällig, jedoch gibt es weder Information über die Form der Randomisierung noch über die Zuordnung und ob diese geheim gehalten wurde.

2.2. Are the groups comparable at the baseline?

Ja. Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe sind vergleichbar. Es wurden der BMI, das Cholesteroll-Level, der systolische und diastolische Blutdruck, der Angststatus sowie ob wer Raucherin oder Raucher ist, erhoben. Die Werte sind vor der Intervention annähernd gleich.

2.3. Are there complete outcome data?

Ja. Die Ergebnisdaten sind vollständig.

2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?

Nein. Die durchführende Person war der Forscher selbst.

2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?

Nicht beurteilbar. Es lässt sich nicht feststellen, ob die Partizipantinnen und Partizipanten die Intervention adhärent umgesetzt haben, jedoch zeigen die signifikanten Ergebnisse, dass es so war.

Studie 7:

Rejeh et al. (2013): Effect of systematic relaxation techniques on anxiety and pain in older patients undergoing abdominal surgery

Screening Questions:

S1. Are there clear research questions?

Ja. Es sind zwei Forschungsfragen vorhanden: 1) Erfahren Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe weniger Schmerz als Patientinnen und Patienten in der Kontrollgruppe? 2) Erleben Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe weniger Angst als Patientinnen und Patienten in der Kontrollgruppe?

S2. Do the collected data allow to address the research questions?

Ja. Die gesammelten Daten repräsentieren die Antworten auf die Forschungsfragen: Die Studie zeigt signifikante Unterschiede sowohl bei

Schmerzen und Angst als auch bei dem Schmerzmittelgebrauch zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe.

## 2. Quantitative randomized controlled trial

### 2.1. Is randomization appropriately performed?

Ja. Die Randomisierung ist gegeben, es wurde eine Powerkalkulation durchgeführt.

### 2.2. Are the groups comparable at the baseline?

Ja. Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe sind vergleichbar am Beginn der Studie

### 2.3. Are there complete outcome data?

Ja. Bis auf zwei in jeder Gruppe, haben alle Partizipantinnen und Partizipanten an allen Messungen teilgenommen.

### 2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?

Nicht beurteilbar. Es gibt keine Informationen über die Assessoren der Studie.

### 2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?

Nicht beurteilbar. Es lässt sich nicht feststellen, ob die Partizipantinnen und Partizipanten die Intervention adhärent umgesetzt haben, jedoch zeigen die signifikanten Ergebnisse, dass es so war.

## Studie 8:

Mehnert et al. (2011): Effects of a Physical Exercise Rehabilitation Group Program on Anxiety, Depression, Body Image, and Health-related Quality of Life among Breast Cancer Patients

### Screening Questions:

#### S1. Are there clear research questions?

Ja. Ob ein 10-wöchiges Trainingsprogramm einen Effekt auf Angst, Depression, Körperbild, HRQOL und kardiovaskuläre Fitness hat.

S2. Do the collected data allow to address the research questions?

Ja. Die gesammelten Daten repräsentieren die Antworten auf die Forschungsfrage.

2. Quantitative randomized controlled trial

2.1. Is randomization appropriately performed?

Ja. Es erfolgte eine randomisierte Zuteilung in eine von den zwei Gruppen.

2.2. Are the groups comparable at the baseline?

Ja. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe festgestellt vor Interventionsbeginn.

2.3. Are there complete outcome data?

Ja.

2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?

Ja.

2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?

Ja.