

Bachelorarbeit

Gesundheitsförderliche Ansätze durch die Pflege im Rahmen der häuslichen Pflege

eingereicht von

Jennifer David

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, 13.04.2019

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenverantwortlich, 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“

Graz, 13.04.2019

Jennifer David, eh“

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	v
Abstract.....	vi
1. Einleitung.....	1
1.1. Hintergrund der Themenwahl.....	1
1.2. Häusliche Pflege in Österreich.....	2
1.3. Häusliche Pflege in Europa.....	2
1.4. Definitionen.....	4
1.5. Perspektiven auf Gesundheit.....	7
1.6. Pflegerelevanz des vorliegenden Themas.....	9
1.7. Zielsetzung und Fragestellung.....	10
2. Material und Methoden.....	11
3. Ergebnisse.....	15
3.1. Charakteristika der Ergebnisse.....	15
3.2. Physische Gesundheit.....	22
3.3. Psychische Gesundheit.....	24
3.4. Lebensqualität und soziale Gesundheit.....	29
4. Diskussion und Ausblick.....	33
4.1. Stärken und Schwächen der Arbeit.....	38
5. Schlussfolgerung.....	40
6. Literaturverzeichnis.....	41
7. Anhang.....	44
7.1. Bewertungsbögen für qualitative und quantitative Studien (Hawker et al., 2002).....	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchanfrage in den Datenbanken PubMed und CINAHL.....	11
Tabelle 2: Qualität der kritisch bewerteten Studien.....	13
Tabelle 3: Charakteristika der ausgewählten Studien.....	16

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Page and Moher, 2017).....	14
--	----

Abkürzungsverzeichnis

%	Prozent
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CES-D-Skala	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
HCA	Home Care Aid
HPDP	health promoting and disease preventing
MBAH	My Book About Health
MeSH	Medical Subject Headings
NGOs	Non-governmental organizations
PRQ	Personal Resource Questionnaire
PubMed	Public Medical Literatur OnLine
SF	Short Form
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

Zusammenfassung

Hintergrund: In Österreich wurde 2016 ein Anstieg in der häuslichen Pflege durch mobile Dienste verzeichnet. Um Pflegekräfte für die mobilen Dienste zu akquirieren, stellen unter anderem ein vernünftiges Einkommen, Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten wichtige Komponenten dar. Eine Entwicklungsmöglichkeit für Pflegekräfte ist der Bereich der Gesundheitsförderung.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit war die Schaffung eines Überblicks, über gesundheitsförderliche Interventionen durch die Pflege im Rahmen der häuslichen Pflege.

Methode: Für dieses Literaturreview fand im November und Dezember 2018 eine Recherche in den Datenbanken PubMed (Public Medical Literatur OnLine) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) statt. Neun inkludierte Studien aus den Jahren 2006 bis 2017 wurden kritisch bewertet und analysiert.

Ergebnisse: Die inkludierten Studien zeigen, dass sich durch Interventionen durchgeführt von Pflegekräften in der häuslichen Pflege sich die physische, psychische und soziale Gesundheit, sowie die Lebensqualität verbessern. Das Erkennen von psychischen Problemen und die Förderung der psychischen Gesundheit sind wichtige Aufgaben für Pflegekräfte, aber in der Regel liegt der Hauptfokus auf den praktischen Tätigkeiten (zum Beispiel Medikamente oder Injektionen verabreichen). Die Gesundheitsförderung wird als Kommunikationsprozess betrachtet.

Schlussfolgerung: Für die gesundheitsförderliche Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit den Klient/innen im häuslichen Setting ist vor allem der Kommunikationsprozess zwischen den beiden Parteien entscheidend. Wenn den Pflegekräften in Bezug auf die körperliche Aktivität, die Präferenzen der Klienten/innen bekannt sind, kann die Pflege dieses Wissen nutzen um dies aktiv in die Arbeit einzubinden. Die individuellen Bedürfnisse der Klient/innen müssen berücksichtigt, der Gesundheitszustand bewertet und die Zeit für gesundheitsfördernde Interventionen eingeplant werden. Durch gezielte Interventionen und Schulung der Mitarbeiter/innen können psychische

Gesundheitsprobleme der Klient/innen erkannt und der psychische Gesundheitszustand gefördert werden. Die Mitarbeiter/innen erweitern ihr Wissen und verbessern ihre Motivationsfähigkeit. Gezielte Interventionen erreichen eine verbesserte Gesundheit und damit bessere Lebensqualität.

Abstract

Background: In Austria, there was an increase in home care by mobile services in 2016. In order to have more home health care workers, the remuneration, career- and developmental possibilities are important. One developmental possibility is in the area of health promotion.

Aim: The aim was to get an overview of health promoting interventions carried out by home health care workers.

Method: The research for this review was in november and december 2018 within the databases PubMed (Public Medical Literatur OnLine) and CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Nine included studies from 2006 up to 2017 were critically assessed and analyzed.

Results: The included studies show that interventions carried out by home health care workers improve the physical, psychological and social health, as well as the quality of life. Realizing mental health issues and mental health promotion are important tasks for health care workers, but the main focus is upon practical tasks (for example administer medication or injections). Health promotion is regarded as communication process.

Conclusion: The communication process between health care worker and the client is important for health promotion in the home care setting. Knowing the preferences of physical activities from the home care clients helps the home health care workers to include this knowledge in their work with the clients. The individual needs of the client have to be considered, the state of health assessed and the time for health promoting interventions planned. By targeted interventions and training of the employee can psychological issues be realized, and the mental health condition can be improved. The employees extend their knowledge and improve their motivational skill. With targeted interventions health improves as well as the quality of life.

1. Einleitung

1.1. Hintergrund der Themenwahl

2016 wurden in Österreich 147.037 Personen durch mobile Dienste (+1,2% gegenüber dem Vorjahr) und 74.710 Personen in stationären Einrichtungen (-1,2%) mit finanzieller Unterstützung der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstiger öffentlicher Mittel betreut bzw. gepflegt (AUSTRIA, 2018). Annähernd drei Viertel der betreuten/gepflegten Personen waren Frauen(AUSTRIA, 2018). Nach Altersgruppen wurden zu über 70% von den 75-jährigen oder älteren Personen die Betreuungs- und Pflegedienste in Anspruch genommen(AUSTRIA, 2018). Die meiste Betreuung durch mobile Dienste wiesen 2016 – in absteigender Reihenfolge – Niederösterreich, Wien, Steiermark und Oberösterreich auf. Die geringste Inanspruchnahme der mobilen Dienste lag in Kärnten, Tirol, Vorarlberg, Salzburg und dem Burgenland(AUSTRIA, 2018). Der Großteil der Personen die zu Hause gepflegt werden erhalten Pflege und Betreuung durch Angehörige, hauptsächlich durch Frauen (Arbeiterkammer, 2014). Die Pflegekräfte in der mobilen Pflege sind zu über 80% Teilzeitbeschäftigte, hauptsächlich weil sie kein ausreichend hohes Einkommen erhalten und ebenso Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten fehlen (Arbeiterkammer, 2014). Hinzu kommt die enge Personalplanung, wodurch es zu physischen und psychischen Belastungen kommen kann. Ein Ausbau von professioneller Betreuung kann sich auf verschiedenen Ebenen auswirken. Am Beispiel der skandinavischen Länder Dänemark, Finnland und Schweden zeigt sich, dass durch ausgebaute Kinderbetreuungsinfrastruktur und bedarfsgerechte professionelle Pflegeangebote sich die Frauenbeschäftigungsquote erhöht (Arbeiterkammer, 2014). Weiters kann durch eine gute Pflege der Gesundheitszustand von älteren Menschen verbessert werden und durch den Fokus auf den Pflegesektor als Teil der Wertschöpfung, entstehen qualifizierte Arbeitsplätze. Eine Entwicklungsmöglichkeit der Pflegekräfte, stellt der Bereich der Gesundheitsförderung dar (Arbeiterkammer, 2014).

1.2. Häusliche Pflege in Österreich (Osterle and Bauer, 2012)

Das Pflegesystem besteht aus drei Säulen: der informellen Pflege innerhalb von Familiennetzwerken, einer nationalen Pflegesäule und einer Sozialpflegesäule mit unterschiedlichen Strukturen in den Bundesländern (Osterle and Bauer, 2012). Anhand der sozialen Dienstleistungen ist erkennbar, dass hierbei die Familien die Hauptverantwortung tragen und mit NGOs (non-governmental organizations) – die den sozialen Dienstleister darstellen – und dem Staat gemeinsam agieren. Die Familien werden aktiv in die Betreuungsstrategie miteingebunden. Für die Pflegeaufwendungen gibt es das sogenannte Cash-for-Care-System, in dem durch das Pflegegeld Pflegeaufwendungen beglichen werden. Die einzelnen Bundesländer stellen Dienstleistungen für Pflegeaufwendungen durch betreute Wohnungen, Tageszentren und häusliche Pflegedienstleistungen sicher. Die häusliche Krankenpflege soll hierbei einen stationären Aufenthalt ersetzen. Zusätzlich gibt es weitere Leistungen die von anderen Berufsgruppen wie der Heimhilfe, die Individuen bei Alltagsaktivitäten und Haushaltstätigkeiten unterstützt durchgeführt werden. Ein Hauptziel in Österreich war und ist es noch, den Menschen die Pflege benötigen, diese solange wie möglich in ihrem Zuhause ermöglichen zu können. Dieses Bedürfnis zuhause gepflegt zu werden, gegenüber einem Pflegeheimaufenthalt, hat in den letzten Jahrzehnten zugenommen und somit auch der Sektor der häuslichen Pflegedienstleistungsangebote. Die Inanspruchnahme der häuslichen Pflege ist einerseits gestiegen, andererseits sind die Leistungen aber begrenzt in Bezug auf Verfügbarkeit und Leistbarkeit (Osterle and Bauer, 2012).

1.3. Häusliche Pflege in Europa

Die Zukunft der Hauskrankenpflege liegt auf einem personenzentrierten Fokus (Van Eenoo et al., 2018). Das bedeutet eine bessere Einbindung der Individuen und bessere Koordinierung der Leistungen und der Pflegekräfte. Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der häuslichen Pflege ist das Wissen um das Angebot beziehungsweise das Modell der häuslichen Pflege eines

Landes entscheidend. Belgien und die Niederlande bieten hauptsächlich Krankenpflege in den häuslichen Versorgungsangeboten an. Deutschland, Niederlande, Italien, Island und Finnland bieten in ihren Organisationen für häusliche Versorgung einen Mix aus Krankenpflegeleistungen und Sozialleistungen an. Je nachdem welches politische Ziel die einzelnen Länder verfolgen, unterscheiden sich die häusliche Pflege als Priorität, die Zuständigkeiten der Politik und die Finanzierung (Genet et al., 2011). Die Finanzierungsmechanismen der häuslichen Pflegedienstleister können öffentlich, privat gemeinnützig, privat gewinnorientiert oder eine Kombination sein (Van Eenoo et al., 2018). Die Organisationen bieten entweder eine Reihe von häuslichen Pflegediensten an oder spezialisieren sich nur auf eine Dienstleistung. In einigen Ländern ist ein wichtiger Aspekt die Überwachung der Pflegeleistung, wobei die Zufriedenheit der Klient/innen mit der erhaltenen Pflege im Vordergrund stand. Hierfür gibt es Teammeetings mit den Mitarbeiter/innen der Organisation und die Pflegequalität, sowie die Zufriedenheit der Klient/innen wird mit Assessmentinstrumenten gemessen (Van Eenoo et al., 2018). Sechs Modelle für häusliche Pflege lassen sich anhand einzelner Organisationen dieser Länder ableiten (Van Eenoo et al., 2018):

- 1) „Ein (sehr) starker Fokus auf patientenzentrierte Pflegeaufwendung, eine hohe Verfügbarkeit an Pflegefachkräften und ein starker Fokus auf der Überwachung der Pflegeleistung.
- 2) Ein sehr starker Fokus auf patientenzentrierte Pflegeaufwendung, wenig oder keine Pflegefachkräfte und ein sehr starker Fokus auf der Überwachung der Pflegeleistung.
- 3) Ein starker Fokus auf patientenzentrierte Pflege und eine hohe Verfügbarkeit an Pflegefachkräften, aber mit begrenzter Beachtung für die Überwachung der Pflegeleistung.
- 4) Ein sehr begrenzter Fokus auf patientenzentrierte Pflegeaufwendung, keine Verfügbarkeit von Pflegefachkräften und geringer Fokus auf der Überwachung der Pflegeleistung.

- 5) Ein starker Fokus auf patientenzentrierte Pflegeaufwendung, aber geringe Verfügbarkeit an Pflegefachkräften und ein geringer Fokus auf die Auswirkungen der Pflegeleistungen.
- 6) Ein sehr begrenzter Fokus auf patientenzentrierte Pflegeaufwendung, wenig bis keine Verfügbarkeit an Pflegefachkräften und ein starker Fokus auf die Überwachung der Pflegeleistung“.

1.4. Definitionen

Einheitliche Begriffsdefinitionen für die verschiedenen Gesundheitsbegrifflichkeiten stellt in der Literatur eine schwierige Aufgabe dar. In diesem Kapitel wird versucht diese Begrifflichkeiten anhand der vorhandenen Literatur zu definieren.

Allgemeine Definition von Gesundheit

Frühere Definitionen sind nahezu immer von einer Gegensätzlichkeit zum Begriff Krankheit ausgegangen (Hurrelmann, 2018). Ein Konzept von Gesundheit und dessen Verhältnis zu Krankheit ist wichtig für die Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften.

„Gesundheit bezeichnet den [dynamischen] Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das [dynamische] Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein [dynamisches] Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann, 2018).

Körperliche Gesundheit

„Körperliche Gesundheit ist der körperliche Zustand unter Berücksichtigung sämtlicher Aspekte von der Abwesenheit von Krankheiten bis zum Fitnessniveau“

(Forum, without year). Faktoren welche die physische Gesundheit beeinflussen sind Bewegung, Übergewicht, kardiovaskuläre Erkrankungen, Armut, Tabakkonsum und Mangelernährung (Schlipfenbacher and Jacobi, 2013). In Bezug auf die körperliche Gesundheit wurde der Begriff „Allostase“ eingeführt (Brüssow, 2013). Darunter versteht man die Aufrechterhaltung der physiologischen Homöostase durch sich ändernde Umstände (Brüssow, 2013).

Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit ist ein dynamischer Zustand von innerem Gleichgewicht welche Individuen ermöglicht ihre Fähigkeiten im Einklang mit den allgemeinen sozialen Werten zu nutzen (Galderisi et al., 2017). Psychische Gesundheit umfasst mehrere Facetten, denen unterschiedliches Gewicht zukommt (Galderisi et al., 2017). Dazu zählen unter anderem grundlegende kognitive und soziale Fähigkeiten, die Fähigkeit, die eigene Gefühlswelt zu erkennen, zu beschreiben und zu regulieren sowie mit anderen mitzufühlen, die Fähigkeit mit Schicksalsschlägen und verschiedenen sozialen Rollen umzugehen und die harmonische Beziehung von Körper und Geist (Galderisi et al., 2017). Psychisches Gesundsein bezeichnet einen Idealzustand, wobei psychisches Gesundsein und psychisches Kranksein als Extrempole in einer Einheit bestehen (Schlipfenbacher and Jacobi, 2013).

Soziale Gesundheit

Individuelle soziale Gesundheit (Abachizadeh et al., 2013)

Individuelle soziale Gesundheit ist ein Teil der Gesundheit und interagiert mit körperlicher und psychischer Gesundheit (Abachizadeh et al., 2013). Darin inkludiert sind soziale Unterstützung und soziale Funktion. Aus der Domäne soziale Unterstützung lassen sich folgende Untergruppen ableiten, die soziale Unterstützung zu folgenden Zeitpunkten beinhalten: Krankheit, Behinderung, tägliche Herausforderungen, Tod eines Familienangehörigen oder Freundes, Hochzeit, emotionale Herausforderungen, Jobsuche, Einkommen, Zugang zu Unterhaltungsobjekten, Schutz vor Gewalt, Ausdruck an Liebe, moralische und spirituelle Unterstützung, Ausdruck von Freundlichkeit und Zuneigung, Akzeptanz

eines Individuums als Mitglied der Gesellschaft, individuelle Beziehung und individuelle Anerkennung und Unterstützung durch das Gesetz. Die soziale Funktion beinhaltet: finanzielle Hilfe für andere, emotionale Hilfe für andere, Teilnahme in sozialen Gruppen, beitragen bei sozialen Entscheidungen, Umgang mit Familienmitgliedern, Umgang mit Freund/innen, Patientenumgang, Teilnahme an täglichen Aufgaben, Umweltschutz, Beachtung sozialer Normen, Teilnahme an Wohltätigkeitsprogrammen und Vertrauen in andere (Abachizadeh et al., 2013).

Soziale Gesundheit: soziale Determinanten von Gesundheit

„Soziale Determinanten von Gesundheit sind Bedingungen in der Umgebung, in der Menschen geboren werden, leben, lernen, arbeiten, spielen, verehren und altern und die eine Vielzahl von Auswirkungen auf Gesundheit, Funktion und Lebensqualität beeinflussen“ (U.S.Government, 2011). Die Determinanten inkludieren: Wirtschaftliche Stabilität (z. B. Beschäftigung; Armut), Bildung (z. B. Hochschulbildung; Sprache), sozialer und gemeinschaftlicher Kontext (z. B. Diskriminierung; Bürgerbeteiligung), Gesundheit und Gesundheitswesen (z. B. Zugang zum Gesundheitswesen; Zugang zur Primärversorgung), Nachbarschaft und bebaute Umgebung (z. B. Zugang zu Lebensmittel, die gesunde Ernährung unterstützen; Verbrechen und Gewalt) (U.S.Government, 2011).

Das Sozialgefälle einer Gesellschaft beschreibt, dass schwierige soziale und wirtschaftliche Lebensumstände dazu führen, dass die Menschen einen schlechten Gesundheitszustand und eine kürzere Lebenserwartung haben (WHO, 2004). Psychosoziale Umstände wie geringe Selbstachtung, Sorgen und soziale Vereinsamung führen zu Stress, was unter anderem psychische Erkrankungen und vorzeitigen Tod zur Folge haben kann (WHO, 2004). Vielfältige Gesundheitsbeschwerden, wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten vermehrt auf bei Menschen die Armut, relative Deprivation und soziale Ausgrenzung erfahren haben (WHO, 2004). Soziale Unterstützung durch Freundschaften, gute zwischenmenschliche Beziehungen und ein stark stützendes soziales Netz können die psychische und physische Gesundheit der Menschen stark beeinflussen (WHO, 2004).

Allgemeine Definition von Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung ermöglicht es den Menschen, die Kontrolle über ihre eigene Gesundheit zu erhöhen. Es deckt ein breites Spektrum sozialer und umweltbezogener Interventionen ab, die die Gesundheit und Lebensqualität der einzelnen Menschen fördern und schützen sollen, indem die Ursachen einer Erkrankung angegangen und verhindert werden, nicht nur mit dem Fokus auf Behandlung und Heilung“ (WHO, 2016).

Erklärung von Shanghai über Gesundheitsförderung

Die drei Säulen der Gesundheitsförderung sind (WHO, 2017):

1) Gesunde Städte

Die politischen Führungskräfte von Städten sind mitverantwortlich für eine gesündere und sichere Lebensweise der Bewohner.

2) Gute Regierungsführung für die Gesundheit

Die Politik hat einen großen Einfluss auf Gesundheit und ist dafür verantwortlich, ob gesundheitsförderliche Maßnahmen umgesetzt werden.

3) Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz der Menschen kann dann erhöht werden, wenn sie Zugang zu Informationen erhalten, welche es ihnen ermöglicht bessere Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen (WHO, 2017).

1.5. Perspektiven auf Gesundheit

Biomedizinische Perspektive (Franzkowiak, 2018)

In der Theorie und Praxis der Medizin hat sich eine biomedizinische Perspektive auf Krankheit, Risiko und Gesundheit herausgebildet (Franzkowiak, 2018). Im Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik der Industriegesellschaften werden Denk- und Entscheidungsprozesse, sowie Verhaltenserwartungen zu Gesundheit und Krankheit durch diese Perspektive beeinflusst. Ärztliche Diagnosen und die

Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit sind für versicherungsrechtliche Vereinbarungen entscheidend. Pathophysiologisch betrachtet ist diese Perspektive krankheits- und nicht gesundheitsbezogen. Entstehungshintergrund dieser Perspektive ist die Entstehung von Infektionskrankheiten, bei der folgende Faktoren zusammenspielen: ein Krankheitserreger mit bestimmter Gefährlichkeit/Virulenz (Agens), ein Überträger des Erregers (Vektor), ein Mensch mit einer geschwächten Immunität gegenüber dem Erreger (Wirt) sowie ansteckungsfördernde Umweltbedingungen (Umwelt). Laut der biomedizinischen Perspektive werden Krankheiten als Störungen am Organismus betrachtet. Durch die Faktoren Ätiologie, Symptome, Manifestationen, Verlaufsmuster und Prognose lassen sich Therapien sowie Bedingungen für Störungen des Heilungs- und Wiederherstellungsprozesses ableiten. Auslöser oder Ursachen können von kausal anatomischer, organischer, biochemischer, physiologischer, neurobiologischer oder anderer naturwissenschaftlicher Natur sein. Durch solche Ursachen kann es zu mechanischen oder biochemischen Prozessen kommen, welche das Krankheitsrisiko erhöhen. Anhand von Symptomen tritt eine Krankheit in Erscheinung oder eine Störung des Organismus wird signalisiert und dementsprechend erfolgt eine Therapie. Gesundheit wird aus dieser Sichtweise als die Abwesenheit von Krankheit, das Fehlen biologischer Dysfunktionen oder homöostatischer Störungen dargestellt. Für die Bereiche der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist diese biomedizinische Sichtweise schwierig, da laut diesem Verständnis psychische Störungen auf biochemische Fehlfunktionen im Gehirn hindeuten und die Therapie krankheitsspezifisch mit Medikamenten erfolgt (Franzkowiak, 2018).

Biopsychosoziale Perspektive

Dieses biopsychosoziale Modell entstand anhand von Studien zur allgemeinen Systemtheorie und seiner Anwendung auf die Biologie (Egger W., 2005). Das Modell stellt eine wichtige Grundlage für die Medizin und weitere wissenschaftliche Disziplinen dar. In der grundlegenden Natur beschreibt es eine hierarchische Ordnung von Systemen, welche organisiert dynamisch sind (Egger W., 2005). Das System „Person“ wird als ein Ganzes betrachtet, in Form von der physischen Erscheinung sowie mit dem Erleben und Verhalten. Dem übergeordnet stehen Organsysteme (Egger W., 2005). Geistige Phänomene werden bestimmt durch

und auch erzeugt von physiologischen und physiko-chemischen Ereignissen, deren Eigenschaften unterscheidbar sind von neurobiologischen Eigenschaften und nicht reduzierbar auf neurophysiologische Tatbestände. Eine Folgerung aus dem klassischen biopsychosozialen Modell ist, dass jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, sowohl biologisch als auch psychologisch ist (Egger W., 2005). Gesundheit im biopsychosozialen Modell bedeutet, „die ausreichende Kompetenz des Systems „Mensch“, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen (Egger W., 2005). Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psycho-sozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren“ (Egger W., 2005). Gesundheit ist in diesem Modell ein dynamisches Geschehen. Dieses klassische Modell wurde erweitert und damit die Person mit individuellen Erfahrungen und die reinen psycho-physischen Ereignisse inkludiert. Die Dichotomie von Körper und Geist finden hier Überwindung. Körper und Geist werden als eine Einheit verstanden. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass physiologische und psychologische Interventionen im Grunde gleichermaßen fähig sind, Änderungen im Organismus zu erzeugen (Egger W., 2005). Ebenso wie beim biomedizinischen Modell geht das biopsychosoziale Modell von einem Gesundheitsproblem aus mit seinen gestörten Funktionen, berücksichtigt aber darüber hinaus Aktivitäten und die Teilhabe an Lebensreichen sowie Kontextfaktoren der Person und Umgebung (Seger, 2017). So werden die Folgen von Krankheiten biomedizinisch, geistig und sozial beschrieben. Das Modell stellt so ein Instrument für die Gesundheitsberufe dar, mit dem gesellschaftliches und individuelles Bewusstsein gegeben ist (Seger, 2017).

1.6. Pflegerelevanz des vorliegenden Themas

Die Pflegekräfte fördern und schützen die Gesundheit von Individuen, Familien, Gemeinschaften und einer Gesellschaft in den verschiedenen Settings wo sie arbeiten (Valaitis et al., 2014). Hierbei sollen Pflegekräfte Theorien von Prävention und Gesundheitsschutz, sowie die Erhaltung, Wiederherstellung und Linderung

der Gesundheit in der Praxis anwenden. Dies erfolgt unter anderem durch den Aufbau individueller und gemeinschaftlicher Kapazitäten, den Aufbau von Beziehungen, sowie durch die berufliche Verantwortung der Pflegekräfte (Valaitis et al., 2014).

Pflegekräfte die im Rahmen häuslicher Pflegedienste arbeiten, handeln durch ihre Interventionen gesundheitsfördernd, da sie darauf abzielen, die Gesundheit der Menschen durch deren eigener Kontrolle zu verbessern (Bolenius et al., 2017). Diese Interventionen ermöglichen es durch die Zusammenarbeit von Familien, den Klient/innen und den Pflegekräften die pflegerischen Inhalte soweit anzupassen, dass die psychosozialen, physischen und funktionellen Bedürfnisse der Klient/innen der Hauptfokus sind (Bolenius et al., 2017). Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung werden in die Pflegepraxis eingebunden, wobei es aber kontextabhängig zu Verwechslungen beider Begrifflichkeiten kommen kann (Whitehead, 2008). Die Klient/innen stellen eine informierte Entität dar, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung mehr bevollmächtigt in Bezug auf die Gesundheit sein möchten (Whitehead, 2008). Pflegekräfte haben durch ihre Arbeit in den unterschiedlichen Settings die Möglichkeit sich für Gesundheitsförderung zu engagieren und dafür individuelle Fähigkeiten zu entwickeln (Whitehead, 2018). Sie können die Gesundheit der Individuen über die gesamte Lebenszeit fördern, indem sie die Gesundheit des Individuums ganzheitlich betrachten und die Bedürfnisse für das Wohlbefinden in jeder Lebensphase miteinbeziehen(Whitehead, 2018).

1.7. Zielsetzung und Fragestellung

Wie in Kapitel 1.6. beschrieben können Pflegekräfte Gesundheitsförderung in die Pflegepraxis miteinbeziehen und in der häuslichen Pflege die Gesundheit fördern, indem sie die Klient/innen befähigen die Kontrolle über ihre eigene Gesundheit haben. Für diese Arbeit wird deshalb folgende Forschungsfrage formuliert:

Welche gesundheitsförderlichen Ansätze kann die Pflege im Rahmen der häuslichen Pflege setzen?

Das Ziel dieser Arbeit lautet: Schaffung eines Überblicks über gesundheitsförderliche Interventionen durch die Pflege im Rahmen der häuslichen Pflege.

2. Material und Methoden

Um die Forschungsfrage in dieser Arbeit zu beantworten wurde ein Literaturreview durchgeführt.

Literaturrecherche

Die Literatursuche fand im November und Dezember 2018 statt. Für die ausgewählten Datenbanken der Literatursuche PubMed (Public Medical Literatur OnLine) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) wurden Suchbegriffe, sogenannte keywords verwendet, die für die Suche in englischer Form dargestellt werden mussten.

Eingesetzt wurden folgende Suchbegriffe: health promotion, nurs*, custodial, home care, home care services, home care agencies. Für die Suche wurden die Begriffe mit dem boolschen Operator „AND“ und „OR“ verknüpft. Ebenso wurden Mesh Terms eingesetzt. „Medical Subject Headings (MeSH ®) ist ein kontrolliertes Vokabular für die Indexierung und Suche in biomedizinischer Literatur. MeSH-Begriffe und Unterüberschriften sind in einer hierarchischen Struktur organisiert und dienen zur Kennzeichnung der Themen eines Artikels“ (Kim et al., 2016). Um für die Arbeit ausreichend Studien einschließen zu können wurde die Literaturrecherche auf 20 Jahre festgelegt.

Verwendete Suchabfragen

Tabelle 1: Suchanfrage in den Datenbanken PubMed und CINAHL

Datenbank	Suchstrategie	Filter	Treffer
PubMed	((("health promotion"[Title]) AND nurs*) AND "home care"[Title]) OR (("Home Care Services"[Mesh] AND "Home Care Agencies"[Mesh]))	Publication dates: From 1998/01/01	335

		to 2018/12/31	
Cinahl	“health promotion” AND nurs* AND “home care” OR “home care services” OR “home care agencies”	All in Title Publication Date: 1998-2018	226

Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden jene Artikel die einen Bezug zur häuslichen Pflege herstellten oder diese in ihrem Artikel erwähnten. Die Artikel mussten eine Auswirkung auf die Gesundheit feststellen. Der Fokus lag auf den Klient/innen der häuslichen Pflege. Da der Großteil der Klient/innen, die häusliche Pflege in Anspruch nehmen 75-jährige oder ältere Personen sind, wurden Artikel mit Klienten/innen über 60 Jahren eingeschlossen. Studien, die sich mit der häuslichen Pflege von Kindern beschäftigten wurden daher ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden jene, die den Fokus auf Betreuer/innen zuhause legten, wobei es sich hier um Betreuung durch Angehörige oder persönliche Betreuungspersonen handelte. Ebenso wurden jene Artikel die sich mit der palliativen Versorgung von Patient/innen beschäftigten ausgeschlossen. Viele Artikel beschäftigten sich mit dem Thema der „nursing homes“, da aber die Arbeit einen Zusammenhang zur „home care“ darstellt, wurden diese Studien mit Bezug auf „nursing homes“ ausgeschlossen.

Auswahlprozess

Alle Suchergebnisse wurden in ein Literaturverwaltungsprogramm (Endnote X8) importiert. Nach den gewählten Suchanfragen waren nach Abzug der Duplikate 549 Treffer vorhanden. Zusätzlich erfolgte eine Handsuche. Zur Vorauswahl wurde ein Titel- und ein Abstractscreening gemacht. Auf Basis der Ein- und Ausschlusskriterien verblieben 16 Studien. Von diesen Veröffentlichungen wurde der Volltext gelesen, um herauszufinden, ob sie sich dann zur Beantwortung der Forschungsfrage eigneten. Für die Beantwortung der Studien verblieben

schließlich neun Studien. Diese Studien wurden dann anhand eines Bewertungsbogens kritisch bewertet. Dieser Auswahlprozess ist in Abbildung 1 als Flowchart dargestellt. Die Qualitätsbewertung der Studien erfolgte mit dem Bewertungsbogen von (Hawker et al., 2002). Der Bewertungsbogen umfasste die Beurteilung von Abstract und Titel, der Einleitung und des Ziels, der Methoden und Datenerfassung, des Samplings, der Datenanalyse, der ethischen Gesichtspunkte und Limitationen, der Ergebnisse, der Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit und der Implikationen für Praxis und Forschung. In jeder Kategorie wurden für die Stufen Very Poor, Poor, Fair und Good Punkte von 1 bis 4 vergeben. Insgesamt gibt es in dem Bewertungsbogen 36 Punkte zu erreichen. Die für dieses Literaturreview inkludierten Studien, mussten von diesen 36 Punkten mindestens 60 Prozent der Qualitätspunkte erreichen, um qualitativ hochwertige Ergebnisse liefern zu können. In Tabelle 2 befindet sich eine Übersicht der Qualität der Studien. Die Bewertungsbögen für die Studien befinden sich in Kapitel 7. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Studien eingehend erläutert.

Tabelle 2: Qualität der kritisch bewerteten Studien

Autor/innen	Qualität der inkludierten Studien
Burton et al., 2015	97,2%
Markle-Reid et al., 2014b	91,7%
Markle-Reid et al., 2006	91,7%
Jerden et al., 2006	88,8%
Walters et al., 2017	86,1%
Markle-Reid et al., 2013	83,3%
Martins et al., 2009	69,4%
Grundberg et al., 2016	91,7%
Muramatsu et al., 2017	75%

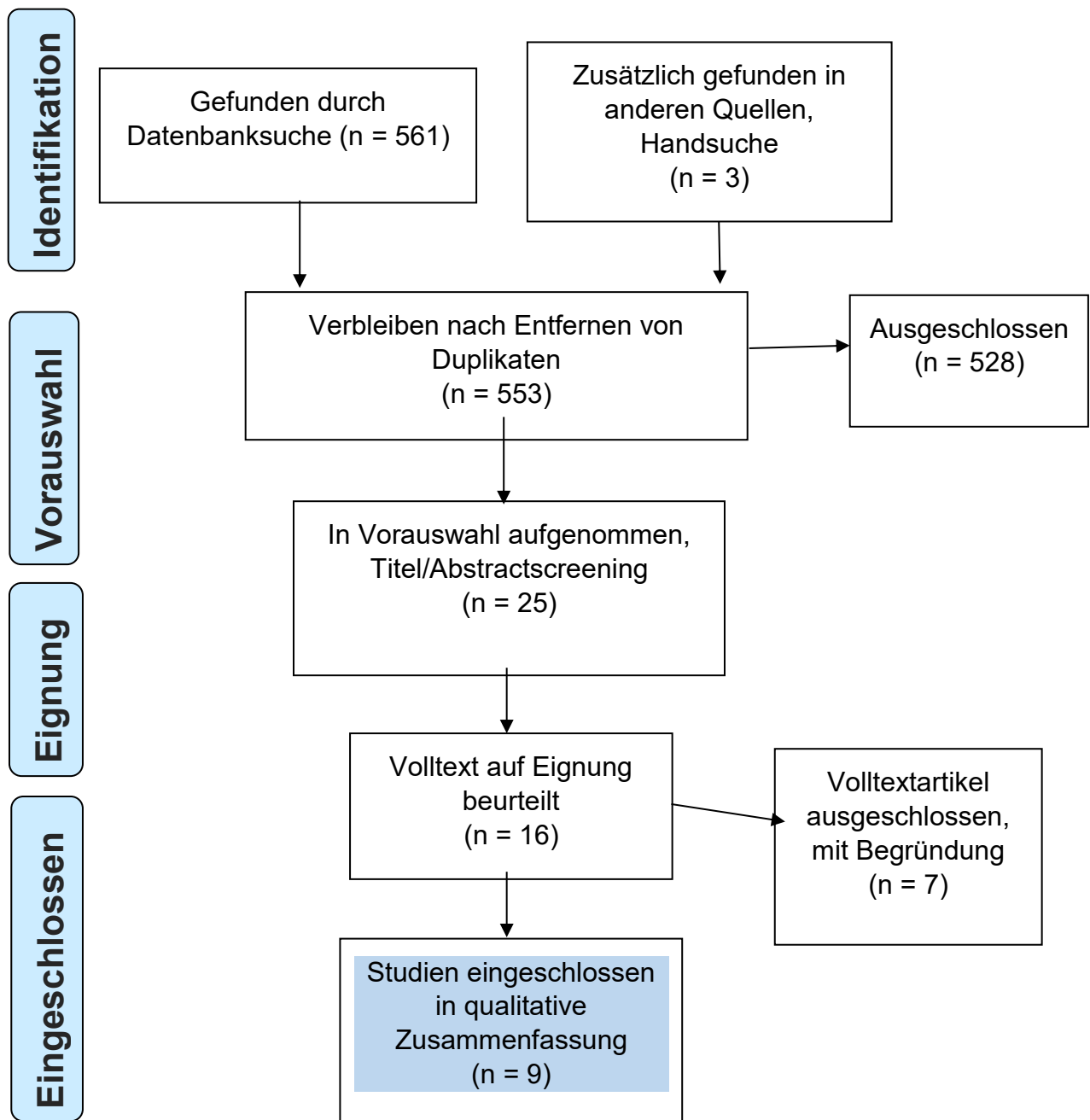


Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Page and Moher, 2017)

3. Ergebnisse

3.1. Charakteristika der Ergebnisse

Die neun ausgewählten Studien für dieses Literaturreview werden in diesem Kapitel präsentiert. Die einzelnen Studien wurden nach ihren Hauptthemengebieten in übergeordnete Themen kategorisiert. Von den neun Studien waren drei in Kanada, zwei in Schweden, eine in Australien, eine in den Niederlanden, eine in Brasilien und eine in den USA durchgeführt worden. Die Studien wurden im Zeitraum 2006 bis 2017 publiziert. Bis auf eine quantitative Studie waren alle entweder qualitative oder Multiple Method Studien. Für die Erhebung der Daten wurden stets Interviews mit unterschiedlichen Fragebögen genutzt. Über die gesamten Studien wurden die Daten von 1602 Studienteilnehmer/innen ausgewertet. Alle Studien schlossen diplomierte Pflegekräfte in der Hauskrankenpflege und deren Klient/innen ein. Eine Übersicht über die neun Studien gibt es in Tabelle 3 mit der Beschriftung „Charakteristika der ausgewählten Studien“.

Tabelle 3: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autor/innen, Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign, Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Burton, E., Lewin, G. & Boldy, D. 2015. Australien	Physical activity preferences of older home care clients.	Die Vorlieben körperlicher Aktivitäten von Menschen die häusliche Pflege erhalten zu identifizieren und herauszufinden ob körperliche Aktivität in dieser Population wichtig ist.	Qualitative Studie Setting, (n): Zuhause; 20 Teilnehmer/innen	Semistrukturierte Interviews von Juli bis September 2010.	Fast die Hälfte der Teilnehmer/innen war übergewichtig und dreiviertel hatten Probleme mit Mobilität. Gehen war die bevorzugteste Aktivität. Garten- und Hausarbeit waren ebenso bevorzugt. Ein Großteil machte lieber kognitive Aktivitäten.
Markle-Reid, M., Mcainey, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Browne, G., Hoch, J. S., Peirce, T. &	An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms.	Ziel 1: Durchführbarkeit und Akzeptanz einer neuen interprofessionellen durch Krankenschwestern geführte gesundheitsfördernde Intervention. Ziel 2: Effekte der Intervention bei älteren Hauskrankenpflegeklient/innen mit depressiven Symptomen zu untersuchen.	Multiple Method Design Setting, (n): Zuhause; 142 Klient/innen der häuslichen Pflege; 13 Pflegekräfte.	Durchführbarkeit mittels Assessments, Akzeptanz mittels semistrukturierter Interviews, Effekte mittels Centre for Epidemiological Studies in Depression Scale (CES-D). Durchführung von Mai 2010-Juni 2011.	56% der Teilnehmer/innen hatten klinisch signifikante depressive Symptome (≥ 16 bei CES-D), 38% hatten mittelschwere bis schwere Symptome (≥ 21 bei CES-D). Die Intervention war durchführbar und wurde von den Klient/innen und den häuslichen Pflegeanbietern/innen als äußerst akzeptabel beschrieben. Depressive Symptome wurden reduziert ($p=0,01$) und die Lebensqualität verbesserte sich (in acht von zwölf Dimensionen $p<0,05$). Angst reduzierte sich nach einem Jahr ($p=0,002$), sowie die Verwendung von

Busing, B. 2014. Kanada					Rettungsdiensten (p<0,001) stationärem Aufenthalt(p=0,03) und der Notaufnahme (p=0,002).
Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A. & Henderson, S. 2006. Kanada	Health promotion for frail older home care clients.	Ziel war es, die vergleichenden Auswirkungen und Kosten einer proaktiven, pflegerischen Gesundheitsförderungsmaßnahme zusätzlich zur üblichen häuslichen Pflege für ältere Menschen im Vergleich zu herkömmlichen häuslichen Pflegediensten zu bewerten.	Qualitative Studie Setting, (n): Zuhause; 288 Klient/innen der häuslichen Pflege	Strukturierte Interviews. Messung der Lebensqualität mit SF-36. Mentale Gesundheit mittels CES-D. Wahrnehmung der sozialen Unterstützung mit PRQ-85. Datenerhebung Februar 2001 bis Juni 2002.	Die durch die Pflege proaktiv angebotene Gesundheitsförderung, hat verglichen mit der Bedarfspflege, bessere mentale Funktionsweise (p=0,005) , eine Reduktion von Depression (p=0,022) und verbesserte Ansichten über soziale Unterstützung (p=0,009)durch keine zusätzlichen Kosten erbracht (p=0,979).
Jerden, L., Hillervik, C., Hansson, A. C., Flacking, R., & Weinehall, L.	Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a	Ziel war es, die Erfahrungen der schwedischen diplomierten Pflegekräfte in der Arbeit mit Gesundheitsförderung und Patientenakten als integriertes Instrument in ihre	Qualitative Studie Setting, (n): Gesundheitszentrum; 12 Krankenschwestern	Phase 1 2001: acht Pflegekräfte interviewt. Semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen. Dauer 25-45min. Phase 2 2005: vier Pflegekräfte wurden interviewt. Arrangement	Es gab bei den diplomierten Pflegekräften ein Ungleichgewicht als Macher und Kommunikator der Gesundheitsförderung. Macher arbeiteten krankheitsorientiert. Gesundheitsförderung wurde als Kommunikationsprozess betrachtet. Strukturelle Organisation war wichtig für die Pflegekräfte um mit Gesundheitsförderung und Patientenakten zu arbeiten. Kognitive und

L. 2006. Schweden	patient-held health record.	Gesundheitsförderungsarbeit zu beschreiben.		gleich wie in Phase 1, Dauer 70-95min.	emotionale Bedürfnisse beeinflussen den Kampf um das Gleichgewicht.
Walters, M. E., Reijneveld, S. A., Van Der Meulen, A., Dijkstra, A. & De Winter, A. F. 2017. Niederlande	Effects of a training program for home health care workers on the provision of preventive activities and on the health-related behavior of their clients: A quasi-experimental study.	Ziel war es, die kurz- und mittelfristigen Effekte einer Intervention zu ermitteln, die das häusliche Krankenpflegepersonal dabei unterstützt Präventivmaßnahmen für ältere Erwachsene anzubieten. Dafür wurden die unternommenen Tätigkeiten des Personals und das gesundheitsbezogene Verhalten der Klient/innen beurteilt.	Quantitative Studie Setting, (n): semi-rurales Gebiet in den Niederlanden. 3 Bezirke einer Hauskrankenpflegeorganisation. 205 Pflegekräfte. 304 Klient/innen der häuslichen Krankenpflege.	Gründerhebung: Oktober-November 2011,1. Effektmessung April-August 2012, 2. Effektmessung Oktober 2012-Januar 2013. Personal und Klient/innen: Fragebögen. Interventionsgruppe: Schulung der Mitarbeiter/innen. Kontrollgruppe: Personal erhielt keine Schulung.	Bezogen auf die Domäne Gewicht war ein signifikanter Unterschied ($p=0,02$) in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe festzustellen. Die Effektmessung von den Klient/innen bezogen auf das Gesundheitsverhalten zeigt, dass die körperliche Betätigung in der Interventionsgruppe eine nicht signifikante, positive Veränderung aufweist (von 85,21 Minuten auf 207,47 Minuten wöchentlicher Betätigung)wohingegen in der Kontrollgruppe die Änderung der körperlichen Betätigung entweder geringer oder negativ ist (von 20,63 Minuten auf -17,75 Minuten wöchentlicher Betätigung).
Markle-Reid, M., Browne, G. & Gafni, A.	Nurse-led health promotion interventions improve	Ziel war es, die Wirksamkeit verschiedener, mehrteiliger, durch Krankenschwestern geleitete,	Qualitative Studie – Ergebnisse aus drei randomisiert	Zeitraum der drei randomisierten Studien: 2000-2009. Die Kontrollgruppe erhielt	Nach sechs Monaten verbesserte sich in der Interventionsgruppe die mentale Gesundheit ($p=0,009$) und Depression ($p=0,022$) sowie die soziale Unterstützung ($p=0,009$).Im nächsten Versuch ereigneten sich Stürze seltener ($p=0,04$)

<p>2013. Kanada</p>	<p>quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada.</p>	<p>gesundheitsfördernde und krankheitspräventive (HPDP) Maßnahmen im Vergleich zu herkömmlicher häuslicher Pflege in Bezug auf gebrechliche ältere Erwachsene mit einer Vielfalt von Gesundheitszuständen zu beurteilen.</p>	<p>kontrollierten Studien Setting, (n): Ontario, Kanada. 498 gebrechliche ältere Erwachsene</p>	<p>herkömmliche häusliche Pflege. Die Interventionsgruppe erhielt die HPDP Programme über eine Dauer von 6-12 Monaten. Erhebung mittels Fragebogen und der CES-D Skala.</p>	<p>und die emotionale Funktionsweise (p=0,054) verbesserte sich. Im dritten Versuch verbesserten sich das körperliche (p=0,24) und das soziale Funktionieren (p=0,28) innerhalb der Interventionsgruppe.</p>
<p>Martins, J. J., Schneider, D. G., Coelho, F. L., Nascimento, E. R. P., Albuquerque, G. L., Erdmann, A. L. & Gama, F.</p>	<p>Quality of life among elderly people receiving home care services.</p>	<p>Ziel war die Beurteilung und Beschreibung der Lebensqualität älterer Menschen, die Hauspflegedienste erhalten.</p>	<p>Quantitative Studie Setting, (n): vier Bezirke einer häuslichen Pflegeagentur; 49 Teilnehmer/innen, die häusliche Pflege erhielten</p>	<p>Datenerhebung mittels WHOQOL-100-Fragebogens mit sechs Bereichen: physisch, unabhängig, psychologisch, sozial, ökologisch und spirituell.</p>	<p>Über die Hälfte der Teilnehmer/innen hatten sehr große oder große Schwierigkeiten Routinetätigkeiten durchzuführen, benötigten eine sehr hohe oder hohe Medikamenteneinnahme um ihr tägliches Leben zu leben und die Lebensqualität war stark oder sehr stark von der Medikamentenverwendung abhängig. 35 Teilnehmer/innen fühlten sich einsam. 25 Teilnehmer/innen waren durch körperliche Schmerzen daran gehindert ihre täglichen Aktivitäten durchzuführen. 24 Teilnehmer/innen fühlten sich etwas traurig oder deprimiert.</p>

O. 2009. Brasilien					
Grundberg, A., Hansson, A., Hilleras, P. & Religa, D. 2016. Schweden	District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity.	Ziel war es, die Perspektiven von diplomierten Pflegekräften zur Erkennung psychischer Gesundheitsprobleme und zur Förderung der psychischen Gesundheit bei ans Haus gebundenen, älteren Menschen mit Multimorbidität zu beschreiben.	Qualitative Studie Setting, (n): verschiedene Gesundheitszentren in der Region Stockholm; 25 diplomierte Pflegekräfte der häuslichen Pflege.	Einzel- und Fokusgruppeninterviews . Dauer der semi-strukturierten Interviews 31-52 Minuten. Dauer der Fokusgruppeninterviews 44-52 Minuten. Datensammlung November 2013 bis April 2014.	Die meisten diplomierten Pflegekräfte gaben an, dass das Erkennen von psychischen Problemen und die Förderung der psychischen Gesundheit wichtige Aufgaben sind, sie sich aber in der Regel auf praktische Aufgaben im Bereich der häuslichen Pflege konzentrierten. Weiters konzentrierten sich die diplomierten Pflegekräfte auf die Beurteilung, Zusammenarbeit und soziale Unterstützung, um psychische Probleme zu erkennen und die psychische Gesundheit zu fördern.
Muramatsu, N., Yin, L. & Lin, T. T. 2017. USA	Building Health Promotion into the Job of Home Care Aides: Transformati	Ziel war es zu untersuchen, wie sich die Arbeitsumgebung von Home Care Aides (HCAs) durch ein Pilotprogramm zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz verändert	Mixed Method Design Setting, (n): Homecare Agentur Illinois. 46	Quantitativ: Fragebogen. Qualitativ: Offene Fragen und Fokusgruppeninterviews .	Quantitativ: 98% waren mit dem Programm zufrieden und die körperliche Aktivität bei den HCAs über 50 Jahre hat zugenommen. Qualitativ: 92% der HCAs waren sich einig, dass sie die Klienten mit der Intervention Healthy Moves zu körperlicher Aktivität motivierten. Die Klient/innen und die HCAs profitierten beide von der

	on of the Workplace Health Environment.	hat, welches sowohl Klient/innen als auch Arbeitnehmer/innen anspruch.	HCA's und deren Klient/innen.		Intervention.
--	--	---	-------------------------------------	--	---------------

3.2. Physische Gesundheit

In der qualitativen Studie von (Burton et al., 2015) wurde erstmals der Fokus auf in Australien lebende ältere Menschen gelegt, die häusliche Pflege erhielten, um die Vorlieben von körperlichen Aktivitäten zu identifizieren und die Wichtigkeit derer herauszufinden. Im Rahmen dieser Studie wurden 20 Teilnehmer/innen anhand semistrukturierter Interviews inkludiert. Die Teilnehmer/innen mussten 70 Jahre oder älter sein, mindestens seit vier Wochen häusliche Pflege erhalten haben und in einer australischen Gemeinde lebten. Nahezu die Hälfte der Teilnehmer/innen war in Bezug auf den BMI übergewichtig und dreiviertel hatten Probleme mit ihrer Mobilität. 65% der Befragten gaben an, dass gehen bzw. spazieren die derzeitige Aktivität war, mit der sie sich beschäftigten. Diese Aktivität beinhaltete vom Sessel aufstehen, im Haus herumgehen, einkaufen gehen oder einen Spaziergang in der Nachbarschaft tätigen. Am zweithäufigsten nach Gehen, wurde als präferierte Aktivität Gartenarbeit inklusive Fegen angegeben. Hausarbeit wurde an dritter Stelle genannt. Ein Drittel der Befragten gab an, dass sie eine Form von Bewegung ausübten, nachdem diese ihnen nach einem Sturz oder einer Verletzung verschrieben wurde. Um die Unabhängigkeit aufrechtzuerhalten, hielten wenige langfristig jene Bewegungsübungen bei. Geistige Aktivität wurde zu 85% bevorzugt, da häufig körperliche Betätigung nicht mehr möglich war. Zur Wichtigkeit der körperlichen Betätigung gaben 95% der Studienteilnehmer/innen an, dass körperliche Aktivität sehr wichtig war und diese sie von negativen Ereignissen im Leben ablenkten. Entweder sie wussten die Wichtigkeit von körperlicher Aktivität durch Gesundheitsberufe oder sie erachteten körperliche Aktivität als natürlichen Teil ihres Lebens. Über Fernsehen oder Zeitunglesen wurde körperliche Betätigung angepriesen. Ein/e Studienteilnehmer/in gab an die Reinigungshilfe gekündigt zu haben, weil körperliche Betätigung essentiell sei und deshalb Reinigungsarbeiten sowie Einkäufe selbstständig erledigte.

In der Mixed-Method Studie von (Muramatsu et al., 2017) lag das Ziel auf einem Pilotprogramm, in dem das Hauskrankenpflegepersonal anhand eines gesundheitsförderlichen Programms geschult wurde, um sichere und sanfte körperliche Aktivität im Rahmen ihrer Arbeit mit den Klient/innen zu vermitteln. Die Teilnehmer/innen der Studie waren 46 Arbeitnehmer/innen in der häuslichen

Pflege und ihre Klient/innen. Alle 46 Arbeitnehmer/innen nahmen vor der Intervention an einem Training teil und absolvierten einen Fragebogen. Die Intervention „Health Moves for Aging Well“ ist ein kostengünstiges Programm, welches dazu beitragen sollte das Aktivitätsniveau von älteren Menschen, die häusliche Pflege erhalten, zu erhöhen. Das Personal wurde geschult die Motivation zu steigern sowie drei Übungen weiterzugeben, welche in sitzender Position auszuführen waren. Über vier Monate wurden die Klient/innen dazu animiert diese Übungen durchzuführen. Das körperliche Aktivitätsniveau des Personals wurde vor und nach der Intervention mittels Fragebogen eruiert. Nach der Durchführung der Intervention gaben die Mitarbeiter/innen, die älter als 50 Jahre waren an, dass sie sich mehr bewegten seitdem sie die Klient/innen zu den Bewegungsübungen animierten. Ein Anstieg der körperlichen Aktivität war unter den jüngeren Mitarbeiter/innen nicht gegeben. Die Mitarbeiter/innen über 50 Jahre gaben an, dass sie selbst und ihre Klient/innen von dem Programm „Healthy Moves“ profitierten. Die Übungen wurden teilweise gemeinsam absolviert und Klient/innen und Mitarbeiter/innen animierten sich gegenseitig die Übungen zu absolvieren. Die Mehrheit der Mitarbeiter/innen gab an, dass sich durch dieses Programm die Motivationsfähigkeit, die Fähigkeit den Klient/innen mit sicheren Übungen zu helfen und die Kommunikationsfähigkeit mit den Klient/innen verbesserten. Familienmitglieder oder Freund/innen der Mitarbeiter/innen wurden über diese Übungen unterrichtet und profitierten davon. Zu 98% waren die Mitarbeiter/innen zufrieden mit dem Programm. Der häufigste Grund, der dafür genannt wurde war, dass das Programm für die Klient/innen und die Mitarbeiter/innen selbst von Vorteil war.

Die Studie von (Walters et al., 2017) zielte darauf ab, die kurz- und mittelfristigen Effekte einer Intervention zu ermitteln, die das häusliche Krankenpflegepersonal dabei unterstützt Präventivmaßnahmen für ältere Erwachsene anzubieten. Das Programm diente dazu die körperliche Aktivität der Klient/innen und die Obst- und Gemüsezufuhr zu verbessern. Für diese quasi-experimentelle Studie mussten die Klient/innen abhängige ältere Erwachsene sein, die häusliche Pflege erhielten. Klient/innen die jünger als 55 Jahre waren oder an einer mentalen Erkrankung litten oder palliative Pflege erhielten wurden ausgeschlossen. Die häuslichen Krankenpflegemitarbeiter/innen waren registrierte Krankenschwestern und

Pflegehelfer/innen die in einem semi-ruralen Gebiet in den Niederlanden arbeiteten. Die Intervention war ein Schulungsprogramm mit dem Ziel das häusliche Krankenpflegepersonal bei Präventivmaßnahmen zu unterstützen. Dadurch sollte sich die Autonomie und das gesundheitsbezogene Verhalten verbessern. Das Programm wurde mit dem häuslichen Krankenpflegepersonal erstellt und in einer Pilotstudie vorgetestet. Die Schulung der Mitarbeiter/innen wurde abgehalten um das Wissen und die Kommunikationsfähigkeiten der Mitarbeiter/innen bezüglich körperlicher Aktivität und gesunde Ernährung zu verbessern. Dafür wurden drei Gruppensitzungen zu je vier Stunden abgehalten. Mitarbeiter/innen in der Kontrollgruppe erhielten keine Schulung. 205 Mitarbeiter/innen und 304 ältere Erwachsene nahmen an der Studie teil. In der ersten Effektmessung nach fünf Monaten war ein signifikanter Unterschied bezogen auf das Gewicht festzustellen ($p=0,02$). Bezogen auf die körperliche Aktivität war ein Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe vorhanden. In anderen Domänen gab es keinen signifikanten Unterschied. Kurz- und mittelfristig gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Ein Muster wie etwa eine nicht signifikante, positive Veränderung der körperlichen Aktivität in der Interventionsgruppe zwischen der ersten und zweiten Effektmessung, war zu erkennen. In der Interventionsgruppe stieg nach der ersten und zweiten Effektmessung die körperliche Betätigung pro Woche von 85,21 Minuten auf 207,57 Minuten pro Woche. In der Kontrollgruppe sank die körperliche Betätigung pro Woche von 20,63min auf 17,75 Minuten pro Woche.

3.3. Psychische Gesundheit

Die Studie von (Markle-Reid et al., 2014b) verfolgte zwei Ziele. Das erste Ziel beinhaltete die Akzeptanz und Durchführbarkeit durch Krankenschwestern geführte gesundheitsfördernde Intervention. Das zweite Ziel beinhaltete die Effekte dieser Intervention bei älteren Hauskrankenpflegeklient/innen mit depressiven Symptomen zu untersuchen. Die Hypothese in der Studie war, dass eine von Krankenschwestern geführte Intervention zur Förderung der psychischen Gesundheit der älteren Klient/innen mit häuslicher Pflege mit depressiver Symptomatik führen würde. Diese „Multiple-Method-Studie“ beinhaltete 142 Teilnehmer/innen die 70 Jahre oder älter waren, welche zu Hause betreut wurden

(seit mehr als 60 Tagen). Die Teilnehmer/innen mussten depressive Symptome aufweisen und im Rahmen der Studie ihre Betreuungsperson wechseln. Die Effekte der Intervention wurden mittels CES-D-Skala gemessen, welche einen 20-Punkte Fragebogen umfasst, der die aktuelle Häufigkeit depressiver Symptome bewertet. Je höher hierbei die Punktzahl ist (0-80 Punkte), desto eher deutet dies auf eine Depression hin. Die Intervention war eine sechsmonatige Strategie in der ein Team aus Krankenschwester, Betreuungsperson, Home Care Case Manager, der Hausarzt/-ärztin und andere Hauspflegeanbieter/innen zusammenarbeiteten. Zusätzlich zu den üblichen Hausbesuchen wurden den Klient/innen hierbei in der häuslichen Pflege ein weiterer monatlicher Hausbesuch für sechs Monate angeboten. Einmal im Monat traf sich das Team zu einer Fallkonferenz um das Behandlungsschema der Klient/innen zu besprechen, sowie zur Erstellung eines evidenzbasierten und kundenorientierten Depression-Managementplans. 13 häusliche Pflegekräfte führten die Intervention durch und erhielten dafür eine insgesamt dreitägige Schulung. Im Rahmen der Hausbesuche mussten diese Pflegekräfte die interventionsspezifischen Aktivitäten aufzeichnen und im Rahmen der monatlichen Fallkonferenzen wurde anhand dieser Aufzeichnung die Behandlung bewertet. Die quantitativen Daten der Studie wurden Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 19.0 analysiert wobei ein Signifikanzniveau von 0,05 ($p=0,05$) in den Tests gewählt wurde. Während der sechsmonatigen Intervention erhielten die Teilnehmer/innen durchschnittlich sechs Hausbesuche, welche individuell auf die Kundenbedürfnisse und die Ergebnisse der Beurteilung durch die Pflegekräfte angepasst wurden. Auf den Fallkonferenzen wurden die Teilnehmer/innen im Schnitt zweimal diskutiert, was sich ebenfalls nach den individuellen Kundenbedürfnissen und den Beurteilungen durch die Pflegekräfte richtete. Mehr als ein Drittel der Teilnehmer/innen wurde deshalb auf einer Fallkonferenz nicht diskutiert. Ein weiteres Drittel wurde ein- oder zweimal diskutiert und der Rest drei-, viermal oder mehrmals diskutiert. Nach Abschluss der gesamten Studie verblieben nach dem 1-Jahr-follow-up 80 Teilnehmer/innen. Die 62 Ausgefallenen der Studie wiesen in der Vergangenheit weniger Depression auf und die Kosten pro Person für die Verwendung von Ärzten und Essen auf Rädern waren niedriger. Etwa die Hälfte der Teilnehmer/innen nahm mindestens ein Antidepressivum ein und dreiviertel der Teilnehmer/innen hatten klinisch signifikante depressive Symptome, wobei 22%

dieser Patient/innen ausreichend behandelt wurden. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen (56%) hatte klinisch signifikante depressive Symptome (≥ 16 bei CES-D) und 38% hatten mittelschwere bis schwere depressive Symptome (≥ 21 bei CES-D). 42% der Teilnehmer/innen hatten depressive Symptome und Angstzustände. Die Teilnehmer/innen hatten im Durchschnitt neun Risikofaktoren für Depression wie etwa drei oder mehr komorbide Gesundheitszustände, Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens oder weibliches Geschlecht. Zu 65% waren die Teilnehmer/innen weiblich, mit einem Durchschnittsalter von 82 Jahren, zu 49% verheiratet oder zu 48% verwitwet oder geschieden. 79% litten an sechs oder mehr chronischen Erkrankungen und 80% nahmen täglich mindestens fünf verschreibungspflichtige Medikamente ein. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen berichtete von einem kürzlich aufgetretenen Schicksalsschlag. Insgesamt hielten die älteren Erwachsenen die Intervention für akzeptabel. Die Intervention ließ sie Hoffnung schöpfen und Mobilität, Funktion, Selbstvertrauen der Patient/innen und die Fähigkeiten zum selbstständigen Leben erhöhten sich. Ein Schlüsselfaktor war für die Teilnehmer/innen, dass durch die Zeit mit Pflegekräften, die emotionale Unterstützung, Beruhigung und Ermutigung, die Depression behandelt wurde und sich so die Lebensqualität erhöhte. Durch die Betreuung der Krankenschwestern konnten die Klient/innen das Wissen über Depression und dessen Management erweitern und die Krankenschwestern halfen ihnen bei der Medikamenteneinnahme. Ein negativer Faktor für die Teilnehmer/innen war, dass sie Beschämung wegen des Stigmas der mentalen Erkrankung empfanden. Die Krankenschwestern berichteten, dass sich durch die Intervention die körperliche Aktivität, soziale Unterstützung, Lebensqualität und die Fähigkeit chronische Erkrankungen zu bewältigen verbesserten. Zusätzlich gaben Pflegekräfte an, dass sich durch diese Intervention die Beurteilung und Bewältigung von Depression, die interprofessionelle Kommunikation, Zusammenarbeit und Teamwork verbesserten. Die Organisation für häusliche Pflege beschrieb, dass durch die Intervention die Organisation eine Führungsposition in der Region einnahm, wenn es um die Behandlung von Depression in der Gemeinde ging. Für die Implementierung war es wichtig das Wissen über die Behandlung von Depression und dessen Management bei älteren Erwachsenen zu verbessern. Hinderlich für die Umsetzung der Intervention waren begrenzte Finanzierung, hohe Arbeitsbelastung, begrenzte Zeit und die Prioritäten

konkurrierender Teammitglieder. Die Anbieter der häuslichen Pflege schlugen mehrere Punkte zur Verbesserung dieser Intervention vor. Darunter fielen die Priorisierung der Depression in der häuslichen Pflege, die Verbesserung der Bildung von Pflegekräften in Bezug auf Depression hinsichtlich Prävention, Erkennung und Behandlung und die Bereitstellung von Schulungen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation. Durch diese Intervention wurde zu 62% eine klinisch signifikante Reduktion von depressiven Symptomen über den Studienzeitraum erzielt ($p=0,01$). Bei 49% der Teilnehmer/innen verringerten sich über den Studienzeitraum die Angststörungen ($p=0,002$). Die Teilnehmer/innen wiesen am Ende der Studie eine signifikante Erhöhung der Lebensqualität auf (in acht von zwölf Dimensionen $p<0,05$). Keinen Unterschied nach der Studie gab es bezüglich der Einnahme von Antidepressiva. Verbessert hatten sich durch die Studie das Wissen der Krankenschwestern und die Sicherheit im Umgang mit Klient/innen mit depressiver Symptomatik. Durch die Studie gab es eine Senkung der Krankenhauseinweisungen ($p=0,03$), Inanspruchnahme von Rettungsdiensten ($p<0,001$) und Besuche in der Notaufnahme ($p=0,002$). Diese Senkung erfolgte durch die Inanspruchnahme von anderen Gesundheitsdienstleister/innen wie etwa einem/r Zahnarzt/-ärztin oder einer Massagetherapie.

In der Studie von (Grundberg et al., 2016) war das Ziel die Perspektiven von diplomierten Pflegekräften in der Hauskrankenpflege, zur Erkennung psychischer Gesundheitsprobleme und zur Förderung der psychischen Gesundheit bei ans Haus gebundenen, älteren Menschen mit Multimorbidität zu beschreiben. Diese qualitative Studie umfasste 25 diplomierten Pflegekräfte aus verschiedenen primären Gesundheitszentren in der Region Stockholm. Mittels Schneeballverfahren wurden die Teilnehmer/innen ausgewählt, welche Erfahrung in der Pflege von ans Haus gebundenen, älteren Menschen mit Multimorbidität hatten. Die Studienteilnehmer/innen waren weibliche Krankenschwestern, zwischen 41 und 83 Jahren, zwei waren psychiatrische Krankenschwestern, 4 hatten einen Bachelor- und 6 einen Masterabschluss, die meisten hatten eine formale Ausbildung in „Motivational Interviewing“ absolviert. Die Berufserfahrung lag zwischen vier Monaten und 34 Jahren. Zum Großteil arbeiteten die Teilnehmerinnen Vollzeit und eine pensionierte diplomierte Pflegekraft arbeitete

Teilzeit. Mehrere diplomierte Pflegekräfte in der Hauskrankenpflege äußerten, dass Patient/innen ihre Emotionen oder Probleme bezüglich der psychischen Gesundheit selten äußerten. Patient/innen ohne Multimorbidität sprachen über ihre psychischen Probleme während sie über ihren Gesundheitszustand sprachen. Zur Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes war die Beurteilung der Verhaltens- und emotionalen Veränderung durch persönliche Interviews oder Bewertungsinstrumente notwendig. Ein wichtiger Faktor für die diplomierten Pflegekräfte spielte bei der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes die Zeit. Bevorzugt wurden von Pflegekräften strukturierte, offene Fragen oder Motivational Interviewing. Weiters war für die diplomierten Pflegekräfte die Zusammenarbeit mit anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen wesentlich, vor allem um psychische Probleme Ärzt/innen mitteilen zu können. Durch die verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten meinten diplomierte Pflegekräfte ihr Wissen über psychische Probleme erweitern zu können. Einige diplomierte Pflegekräfte betrachteten sich selbst als Koordinatoren der Zusammenarbeit zwischen den Pflegekräften. Diese diplomierten Pflegekräfte wollten zusätzlich ihr Wissen über Motivationsmöglichkeit zu sozialen und körperlichen Aktivitäten erweitern. Da den diplomierten Pflegekräften mehr praktische Aufgaben (z.B. Blutdruckmessen, Verbandswechsel, Medikamentenmanagement der Klient/innen) zugewiesen wurden, gaben sie an nicht genügend Zeit zur Verfügung zu haben um psychische Probleme zu erkennen und die psychische Gesundheit zu fördern. Einige Teilnehmerinnen berichteten, dass ältere Menschen mit Multimorbidität verschieden Arten sozialer Unterstützung benötigten. Viele ältere Menschen lebten allein und fühlten sich einsam. Deshalb führten einige diplomierte Pflegekräfte regelmäßige Hausbesuche durch um den psychischen Gesundheitszustand der Patient/innen zu überprüfen oder die Einsamkeit des Patient/innen zu reduzieren. Durch den Informationsaustausch mit den diplomierten Pflegekräften verbesserten sich körperliche und soziale Aktivitäten. Hierbei gaben einige diplomierte Pflegekräfte an, dass dieser unterstützende Dialog von Kontinuität und der zur Verfügung stehenden Zeit abhängt. Durch den unterstützenden Dialog fühlten sich Patient/innen sicher und drückten sich negativ oder positiv über ihren psychischen Gesundheitszustand aus. Dabei versuchten diplomierte Pflegekräfte die

Patient/innen zu ermutigen und zu motivieren, einen gesünderen Lebensstil zu führen.

3.4. Lebensqualität und soziale Gesundheit

In der Studie von (Markle-Reid et al., 2013) zielten die Forscher/innen darauf ab die Wirksamkeit verschiedener, mehrteiliger, durch Krankenschwestern geleitete, gesundheitsfördernde und krankheitspräventive Maßnahmen im Vergleich zu herkömmlicher häuslicher Pflege in Bezug auf gebrechliche ältere Erwachsene mit einer Vielfalt von Gesundheitszuständen zu beurteilen. In dieser qualitativen Studie war die Hypothese, dass gebrechliche, ältere Menschen, die die gesundheitsfördernde und krankheitspräventive Intervention erhielten am Ende dieser Intervention eine höhere Lebensqualität aufweisen würden als jene, welche die herkömmliche häusliche Pflege erhalten. Für diese Studie wurden drei randomisiert kontrollierte Studien in Ontario durchgeführt mit gebrechlichen, älteren Erwachsenen (über 65 Jahre) mit einer Vielfalt an chronischen Gesundheitszuständen. Diese 498 Teilnehmer/innen hatten Anspruch auf häusliche Pflegedienste und lebten in der Gemeinschaft (nicht in einer stationären Einrichtung oder in einer Langzeitpflegeeinrichtung). Die Teilnehmer/innen der Kontrollgruppe erhielten die reguläre häusliche Pflege. Die Teilnehmer/innen der Interventionsgruppe erhielten die gesundheitsfördernde und krankheitspräventive Intervention mit mehreren Komponenten, über sechs bis zwölf Monate, welche von einer Krankenschwester geleitet wurde. Diese Intervention beinhaltete monatliche Hausbesuche, eine umfassende Beurteilung der bekannten Risikofaktoren für Gebrechlichkeit und Funktionsabnahme (wie etwa Stürze, Schlaganfall, Depression, soziale Isolation, körperliche Inaktivität) mit standardisierten Screening-Tools, Verweise zu Gesundheits- und Sozialdienstleister/innen, sowie ein individuelles Follow-Up welches Unabhängigkeit und Selbstmanagement förderte. Im Rahmen der ersten Studie mit einem Follow-Up nach sechs Monaten gab es durch die Intervention eine statistische signifikante Verbesserung der Lebensqualität, gekennzeichnet durch eine statistisch signifikant, verbesserte mentale Gesundheit ($p=0,009$) und einer klinisch wichtigen Verbesserung der körperlichen Funktion ($p=0,065$). Weiters gab es eine statistisch signifikante Reduktion depressiver Symptome ($p=0,022$) und

eine statistisch signifikante Verbesserung der sozialen Unterstützung ($p=0,009$). In der zweiten Studie verbesserte sich durch die Intervention die Lebensqualität in Bezug auf die emotionale Funktion ($p=0,054$) und Stolperfallen ($p=0,03$) sowie Sturz ($p=0,04$) reduzierten sich. In der dritten Studie verbesserten sich bei Schlaganfallpatient/innen durch eine vielfältige Intervention mit zwölfmonatiger Nachbeobachtungszeit, die Lebensqualität in Bezug auf körperliche Funktionsweise ($p=0,24$) und soziale Funktionsweise ($p=0,28$). Zusätzlich gab es Besserungen in gesellschaftlicher Wiedereingliederung, sozialer Unterstützung, Angst und depressiven Symptomen und kognitiver Leistungsfähigkeit.

In der Studie von (Martins et al., 2009) lag das Ziel auf der Beurteilung und Beschreibung der Lebensqualität älterer Menschen, die Hauspflegedienste erhalten. 49 Teilnehmer/innen dieser quantitativen Studie erhielten häusliche Pflege, waren zwischen 60 und 91 Jahren alt, zu 57% weiblich, 63,3% verheiratet, 24,5% verwitwet, 8,2% alleinstehend und 4% getrennt. Von den Teilnehmer/innen hatten 80% Schwierigkeiten dabei Routineaufgaben auszuführen. Die Mehrheit der Teilnehmer/innen gab an, dass sie eine bestimmte Menge an Medikamenten benötigten, um ihren Alltag zu bewältigen. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen gab an, dass ihre Lebensqualität von der Verwendung von Medikamenten oder medizinischer Versorgung abhängt. 40% der Teilnehmer/innen fühlten sich in einigermaßen einsam und 51% berichteten, dass körperliche Schmerzen sie daran hinderten, das zu tun was sie brauchten. Fast alle Teilnehmer/innen fühlten sich in ihrem täglichen Leben sicher und fanden den Ort, in dem sie lebten angenehm. Schwierigkeiten mit der finanziellen Situation hatten ca. 90%. Die Hälfte der Teilnehmer/innen genoss die Freizeit und war mit ihrem Leben zufrieden. Ca. 80% der Teilnehmer/innen fühlten sich müde. Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer/innen fühlten sich optimistisch und waren sehr optimistisch bezüglich der Zukunft. Viele Teilnehmer/innen konnten sich konzentrieren, hatten ein geringes Selbstbewusstsein und fühlten sich ein wenig traurig oder depressiv in ihrem täglichen Leben.

In der kanadischen Studie von (Markle-Reid et al., 2006) zielten die Forscher/innen darauf ab, die vergleichenden Auswirkungen und Kosten einer proaktiven Pflege-Gesundheitsförderung zusätzlich zur gewohnten häuslichen Pflege für ältere Menschen im Vergleich zu herkömmlichen häuslichen

Pflegediensten zu bewerten. Im Rahmen dieser qualitativen Studie waren die Teilnehmer/innen 75 Jahre oder älter und hatten Anspruch auf häusliche Pflegedienstleistungen. Die Intervention in dieser Studie zielte darauf ab, die persönlichen Ressourcen und die Umweltunterstützung der Teilnehmer/innen zu stärken, um die Gesundheit und die Lebensqualität zu verbessern und die bedarfsgerechte Verwendung teurer Gesundheitsressourcen zu reduzieren. Um diese Ziele zu erreichen wurden Gesundheitsbewertungen, die Ermittlung und Steuerung von Risikofaktoren für funktionellen Rückgang und Gesundheitserziehung in Bezug auf gesunde Lebensstile vermittelt. Weiters wurden Empowerment-Strategien zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit verwendet sowie Gesundheitspläne entwickelt mit den Klient/innen, welche spezifische kurzfristige und 6-Monatsziele umfassten. Der funktionale Gesundheitszustand und die damit verbundene Lebensqualität wurden anhand des Health Survey Medical Study (SF-36) bewertet. Je höher hier die Punktzahl war, desto besser war der Gesundheitszustand. Die wahrgenommene soziale Unterstützung wurde mittels Personal Resource Questionnaire 85 (PRQ-85) bewertet. Hierbei gilt, je höher die Punktzahl, desto stärker wird die soziale Unterstützung wahrgenommen. Zur Ermittlung des Bewältigungsstils wurde ein Coping-(Bewältigungs-)Fragebogen verwendet. Für diesen Fragebogen wurde der Bewerberfragebogen beurteilt. Der Bewältigungsfragebogen beinhaltete kognitive und verhaltensbezogene Bewältigungsantworten, welche Personen in einem Stressereignis verwendeten. Im Coping Questionnaire standen 33 Antworten gekennzeichnet durch deren Verwendungshäufigkeit zur Auswahl. 288 Teilnehmer/innen wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Kontrollgruppe erhielt die herkömmliche häusliche Pflege, während die Interventionsgruppe das proaktive, gesundheitsfördernde und krankheitspräventive Pflegekonzept erhielt. In Bezug auf die Lebensqualität, verbesserte sich durch die Intervention die mentale Gesundheit. Nach sechs Monaten gab es in der Interventionsgruppe eine klinisch bedeutsame Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit ($p=0,065$). Zusätzlich haben sich depressive Symptome statistisch signifikant verbessert ($p=0,022$) und die wahrgenommene soziale Unterstützung hat sich statistisch signifikant verbessert ($p=0,009$). Dem gegenüber hat sich die wahrgenommene soziale Unterstützung in der Kontrollgruppe verringert. Keinen Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gab es bezüglich den

Bewältigungsmechanismen und den Kosten für Gesundheits- und Sozialdienstleistern ($p=0.979$). Statistisch signifikant geringer fielen in der Interventionsgruppe die Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente aus ($p=0,017$).

In der Studie von (Jerden et al., 2006) hatten die Forscher/innen das Ziel, die Erfahrungen der schwedischen diplomierten Pflegekräfte mit Gesundheitsförderung in der Arbeit und Patientenakten als integriertes Instrument in ihrer Gesundheitsförderungsarbeit zu beschreiben. 12 Teilnehmer/innen wurden in dieser qualitativen Studie interviewt. In der erste Phasen 2001 gab es acht diplomierte Pflegekräfte in der häuslichen Pflege die weiblich, zwischen 35 und 60 Jahre alt waren und mindestens ein Jahr Berufserfahrung hatten. Alle hatten ungefähr ein Jahr Erfahrung mit MBAH (my book about health) und mindestens 1 Kopie davon verteilt. Das MBAH hatte mit Daten zum Lebensstil, Stress und sozialem Netzwerk das Ziel, die Patient/innen zu ermutigen ihre Gesundheit zu verbessern. Die Befragung der diplomierten Pflegekräfte fand an ihrem Arbeitsplatz in ruhiger Atmosphäre und frei von gewöhnlichen Arbeitsaufgaben statt. In der zweiten Phase 2005 wurden vier weibliche diplomierte Pflegekräfte im Gesundheitszentrum befragt, die 51-61 Jahre alt waren, seit der Einführung von MBAH dort arbeiteten, aber keine Krankenakten verteilt hatten. Aus allen Interviews kristallisierte sich ein Kampf heraus in dem Ungleichgewicht zwischen einem Macher und einem Kommunikator der Gesundheitsförderung. Als Macher stand die krankheitsorientierte Arbeitsweise im Fokus, wie Medikamente verabreichen, Blutdruckmessen oder Injektionen verabreichen. Gesundheitsförderung wurde daher als Kommunikationsprozess betrachtet, wobei Patient/innen sich über den Gesundheitszustand äußerten und Krankenschwestern sich dabei auf die Bedürfnisse fokussierten und unterstützende Unterhaltungen abhielten. Die diplomierten Pflegekräfte bezeichneten sich selbst als Teil eines Teams und als einsame Akteure, kollaborierend und autonom. Als Kollaborateur war die Arbeit im Sinne der Gesundheitsförderung der krankheitsorientierten Arbeit untergeordnet. Zeitmangel war ein allgemeines Hindernis für die Arbeit mit Gesundheitsförderung und im Laufe der Zeit zugunsten der krankheitsorientierten Pflege gesunken ist. Zusätzlich war die Kooperation mit dem Management in Bezug auf MBAH gering,

wodurch die Verteilung der Bücher im Laufe der Zeit sank. Als autonome Krankenschwestern war es schwierig die Tätigkeiten zu strukturieren, da manchmal jemand anders notwendig wäre um Dinge zu besprechen, was aber nicht möglich war. Gesundheitsförderung wurde in die krankheitsorientierte Arbeitsweise ein wenig miteingebunden, als Kommunikationsprozess. Die Krankenschwestern gaben an, dass die eigene Gesundheit bei der Gesundheitsförderung eine Rolle spiele, da dann positiv über Gesundheitsförderung gesprochen wurde, wenn die Krankenschwestern selbst einen gesunden Lebensstil verfolgten. Viele Krankenschwestern zeigten das MBAH nicht den Klient/innen da sie meinten, dass die Klient/innen selbst Interesse daran haben müssten sich über ihre Gesundheit zu äußern. Gesundheitsförderung war hier ein Prozess, der sich nach den Bedürfnissen der Klient/innen richtete. Für diesen Kommunikationsprozess waren Zeit und emotionale Stärke – eine Beziehung zu den Klient/innen – wichtig. Viele Krankenschwestern waren sich einig, dass es von Vorteil wäre statt dem MBAH eine eigene Dokumentation für und mit den Patient/innen anzulegen. So könnten Patient/innen den Gesundheitsverlauf beobachten und dokumentieren sowie Daten für Nachuntersuchungen sammeln. So hätten sie und die Krankenschwestern eine bessere Kontrollmöglichkeit über den Gesundheitsverlauf.

4. Diskussion und Ausblick

Das Ziel dieser Arbeit lautete: Schaffung eines Überblicks über gesundheitsförderliche Interventionen durch die Pflege im Rahmen der häuslichen Pflege. Mittels Literaturrecherche wurden für die Zielsetzung der Arbeit neun geeignete Studien ermittelt. Diese Studien hatten ihren Fokus auf den Bereichen physische Gesundheit, psychische Gesundheit, sowie Lebensqualität und soziale Gesundheit. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien miteinander verglichen, die Stärken und Schwächen der Studien und die Empfehlungen für Forschung und Praxis aufgezeigt.

Laut (Whitehead, 2018) können Pflegekräfte sich für Gesundheitsförderung engagieren und die Bedürfnisse für das Wohlbefinden von Klient/innen in jeder

Lebensphase miteinbeziehen. In der Studie von Burton et al. (2015) war Gehen die am bevorzugteste körperliche Aktivität, jedoch wird solches Wissen in der häuslichen Pflege selten genutzt um die Klient/innen zu mehr körperlicher Aktivität zu animieren. Wenn das Pflegepersonal eine Schulung erhielt um die Klient/innen zu Bewegungsübungen zu animieren, dann führten die Pflegekräfte und die Klient/innen diese motiviert aus Muramatsu et al. (2017). Wenn wie in der Studie von Burton et al. (2015) Präferenzen zu körperlicher Aktivität bekannt sind und die Pflegekräfte wie in der Studie von Muramatsu et al., (2017) zu Bewegungsübungen animieren, kann sich dies positiv auf die physische Gesundheit von Klient/innen und Pflegekräften auswirken. Laut (Valaitis et al., 2014) sind Pflegekräfte aufgrund ihrer beruflichen Verantwortung ohnehin in der Position für die Erhaltung, Wiederherstellung und Linderung der Gesundheit in der Praxis zu sorgen. Nun ist fraglich inwieweit sie sich in der häuslichen Pflege auf die Erhaltung der Gesundheit fokussieren, wenn sich Pflegekräfte in der Studie von Muramatsu et al. (2017) erst nach einer Schulungsmaßnahme dazu motiviert fühlten die Klient/innen auf mehr körperliche Aktivität anzuregen. In der Studie von Walters et al. (2017) gab es ebenfalls erst nach einer Schulungsmaßnahme eine nicht signifikante, positive Veränderung der körperlichen Aktivität und eine signifikante Veränderung bezogen auf das Gewicht. Möglicherweise waren diese Ergebnisse deshalb nicht so aussagekräftig, da die Schulung zu kurz war oder hier die Pflegekräfte keine geeigneten Motivationsstrategien erhielten Walters et al. (2017). Aus den Erkenntnissen der Studien von Burton et al. (2015), Muramatsu et al. (2017) und Walters et al. (2017) lässt sich schlussfolgern, dass es in der häuslichen Pflege ausgedehnter Schulungsmaßnahmen bedarf, um die körperliche Gesundheit der Klient/innen zu verbessern.

In Bezug auf die psychische Gesundheit beschrieb (Galderisi et al., 2017), dass psychische Gesundheit eine Fähigkeit umfasst, die eigene Gefühlswelt zu erkennen, zu beschreiben und zu regulieren. In der häuslichen Pflege war es laut der Studie von Markle-Reid et al. (2014b) wichtig, das Wissen über die Behandlung von Depression und dessen Management bei älteren Erwachsenen zu verbessern. Dies lässt darauf schließen, dass obwohl die Thematik der Depression in der Ausbildung von Pflegekräften verankert ist, sich Pflegekräfte dennoch unsicher sind, wie sie den Umgang mit depressiven älteren Erwachsenen

meistern können. Ein Problem ist sicher, dass viele Klient/innen wie in der Studie von Markle-Reid et al. (2014b) Beschämung wegen des Stigmas der mentalen Erkrankungen empfinden und deshalb Klient/innen sich nicht äußern wenn sie depressive Symptome aufweisen. Dieses negative Stigma war auch ein Grund, weshalb potentielle Studienteilnehmer/innen nicht rekrutiert werden konnten. Jedoch sind gerade Pflegekräfte – wie in der Einleitung erwähnt – in der Lage durch die Zusammenarbeit mit Familien und den Klient/innen die pflegerischen Inhalte soweit anzupassen, dass die psychosozialen, physischen und funktionellen Bedürfnisse des Klient/innen der Hauptfokus sind (Bolenius et al., 2017). So könnte Depression in der häuslichen Pflege eher in den Fokus der Arbeit gerückt werden, wenn Pflegekräfte wie nach den Erkenntnissen aus den Studien von Muramatsu et al. (2017) und Walters et al. (2017) ausgedehnte Schulungsmaßnahmen erhalten würden. Durch die Zeit die Pflegekräfte auf emotionale Unterstützung aufwenden können sich die depressive Symptomatik, Angst und Lebensqualität verbessern (Markle-Reid et al., 2014b). Muramatsu et al. (2017) und Markle-Reid et al. (2014b) betonen die Kommunikation als wichtigen Faktor für eine gesundheitsfördernde Arbeit. In der Studie von Muramatsu et al. (2017) wird die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Klient/innen betont und in der Studie von Markle-Reid et al. (2014b) die interprofessionelle Kommunikation. Daraus lässt sich schließen, dass durch verbesserte Kommunikation von Pflegekräften, Klient/innen und dem interprofessionellen Team sich die Qualität und die Kontinuität der Versorgung steigern können und die Zufriedenheit der Beteiligten steigt. Die Studie von Grundberg et al. (2016) bekräftigt wie in der Studie von Markle-Reid et al. (2014b) vermutet, dass Klient/innen in der häuslichen Pflege selten ihre Emotionen oder Probleme bezüglich der psychischen Gesundheit äußerten. Wie schon Muramatsu et al. (2017) und Markle-Reid et al. (2014b) betonten, hebt auch Grundberg et al. (2016) den Informationsaustausch von Pflegekräften und Klient/innen hervor. In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll den Pflegekräften geeignete Interviewtechniken und Bewertungsinstrumente zu vermitteln. Markle-Reid et al. (2014b) und Grundberg et al. (2016) verweisen auf die zur Verfügung stehende Zeit. Die praktischen Aufgaben stehen oft im Vordergrund der Arbeit, vor allem bei Klient/innen mit Multimorbidität. Grundberg et al. (2016) hebt hervor, dass Pflegekräfte zur Überprüfung des psychischen Gesundheitszustandes

regelmäßige Hausbesuche durchführten. Wenn sie in diesem Zusammenhang aber keine Bewertungsinstrumente, wie z.B. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) verwenden, ist nicht messbar nachvollziehbar inwiefern sich der psychische Gesundheitszustand der Klient/innen im Laufe eines Zeitraums verbessert oder verschlechtert hat. In der Studie von Markle-Reid et al. (2014b) war dieser Fragebogen essentiell zur Messung der depressiven Symptome.

In der Studie von Markle-Reid et al. (2013) werden durch drei randomisiert kontrollierte Studien die Effektivität von durch Krankenschwestern geleitete, gesundheitsfördernde und krankheitspräventive Maßnahmen in Bezug auf gebrechliche ältere Erwachsene im häuslichen Setting sehr gut dargestellt. Alle gesundheitsfördernden und krankheitspräventiven Maßnahmen beinhalteten standardisierte Screening-Tools, Verweise zu Gesundheits- und Sozialdienstleister/innen, sowie individuelle Follow-Ups welche Unabhängigkeit und Selbstmanagement förderten. Wie bei den Studien von Muramatsu et al. (2017), Markle-Reid et al. (2014b) und Grundberg et al. (2016) bereits erwähnt, sind geeignete Bewertungsinstrumente sinnvoll zur Erhebung von psychischer Gesundheit. Markle-Reid et al. (2013) bekräftigt dieses Argument, mit signifikanten Ergebnissen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die gesetzten Interventionen in den drei Studien waren auf die Bedürfnisse der Klient/innen zugeschnitten. Daraus geht hervor, dass es nicht eine optimale Strategie für alle Klient/innen in der häuslichen Pflege gibt, jedoch wie Whitehead (2018) erwähnte, die Pflegekräfte die Bedürfnisse für das Wohlbefinden von den Klient/innen in jeder Lebensphase miteinbeziehen können und so geeignete Strategien für die Klient/innen entwickeln können. Dafür ist es notwendig die Ressourcen der Klient/innen zu bewerten und diese so in die Arbeit mit den Klient/innen zu integrieren, dass eine umfassende Betreuung möglich ist. Das ist in der Praxis der häuslichen Pflege jedoch selten der Fall. Grundberg et al. (2016) und Jerden et al. (2006) betonen beide die krankheitsorientierte Arbeitsweise, mit dem Fokus auf praktischen Tätigkeiten wie Medikamente oder Injektionen verabreichen. Seger (2017) beschrieb, dass das biopsychosoziale Modell als Instrument für Gesundheitsberufe dient, um bei Gesundheitsproblemen nicht nur die gestörte Funktion zu berücksichtigen, sondern auch die geistigen und sozialen Folgen.

Aber aufgrund von Zeitmangel wie in den Studien von Grundberg et al. (2016), Jerden et al. (2006) und Markle-Reid et al. (2014b) werden in dieser krankheitsorientierten Arbeit der Pflegekräfte, die geistigen und sozialen Folgen bei Gesundheitsproblemen wenig berücksichtigt. Jedoch können laut WHO (2004) Sorgen und soziale Vereinsamung zu Stress führen, was wiederum psychische Erkrankungen und vorzeitigen Tod zur Folge haben kann. Wenn die Zeit investiert wird, etwa mit einem zusätzlichen Hausbesuch pro Monat durch diplomierte Pflegekräfte, der dazu dient die Kommunikation zwischen Klient/innen und Pflegekräften zu verbessern, dann können sich psychische, physische und soziale Gesundheit verbessern. Die Ergebnisse von Markle-Reid et al. (2013) verglichen mit den Ergebnissen von Markle-Reid et al. (2006) bestätigen, dass Gesundheitsförderung in der häuslichen Pflege die Lebensqualität verbessert. In der Studie von Grundberg et al. (2016) bevorzugten Pflegekräfte offene Fragen und Motivational Interviewing zur psychischen Gesundheit. Hier scheint es, dass Pflegekräfte oft keine Ziele in Bezug auf die psychische Gesundheit oder die damit verbundene Lebensqualität formulieren. Markle-Reid et al. (2013) und Markle-Reid et al. (2006) betonen aber, dass durch gezielte, gesundheitsfördernde Interventionen sich die Lebensqualität verbessert. Die Durchführung von geplanten Maßnahmen funktioniert ohnehin nur mit einer Zielsetzung. In der Studie Martins et al. (2009) hingte die Lebensqualität von der Verwendung von Medikamenten oder medizinischer Versorgung ab. Dabei benötigten mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen Medikamente, um ihren Alltag bewältigen zu können und zusätzlich waren körperliche Schmerzen ein Hindernis, um das zu tun was sie brauchten. Die Medikamenteneinnahme und Schmerzen beeinflussen die körperliche und psychische Gesundheit, denn Schmerzen können Personen an Aktivitäten hindern und vielfältige Medikamenteneinnahme kann vielfältige Nebenwirkungen und hohe Kosten verursachen. Die Studie von Markle-Reid et al. (2006) hatte in der Interventionsgruppe statistisch signifikant niedrigere Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente. So könnten gezielte Interventionen nicht nur die Medikamenteneinnahme senken, sondern auch die damit verbundenen Kosten. In der Studie von Jerden et al. (2006) wurde Gesundheitsförderung als Kommunikationsprozess miteingebunden. Da dieses MBAH aber mehr als Informationsquelle für die Klient/innen diente, ist es nicht verwunderlich, dass viele Pflegekräfte dieses Buch nicht in ihre Arbeit miteinbinden konnten. Einerseits

wurden Zeitmangel und die mangelnde Beziehung der Pflegekräfte zwischen den Klient/innen dafür begründet, was wie in den Studien von Markle-Reid et al. (2014b) und Grundberg et al. (2016) beschrieben, sehr wichtige Faktoren sind für die gesundheitsförderliche Arbeit mit den Klient/innen. Andererseits hätte aber in der Studie von Jerden et al. (2006) eine Schulung ähnlich wie in der Studie von Muramatsu et al. (2017) sicherlich mehr Erfolg erzielt, wenn die Pflegekräfte ihre Motivations- und Kommunikationsfähigkeit trainiert hätten, um Gesundheitsförderung in ihre Arbeit miteinzubinden.

4.1. Stärken und Schwächen der Arbeit

Als eine Schwäche kann betrachtet werden, dass die Studien aus dem nicht-deutschsprachigen Raum stammen. Für dieses Literaturreview wurden keine geeigneten Studien aus dem deutschsprachigen Raum gefunden. Vor allem Kanada zeigte sich als Vorreiter in Hinsicht auf die Gesundheitsförderung in der häuslichen Pflege. Für die Vergleichbarkeit mit anderen Ländern, wäre eine Studie durchgeführt in Österreich sinnvoll. Eine weitere Schwäche ist, dass die Literaturrecherche von einer Person durchgeführt wurde und dadurch eventuell wichtige Studien verloren gegangen sein könnten. Generell gibt es wenige Arbeiten die sich mit der Thematik Gesundheitsförderung in der häuslichen Pflege befassen zudem fast keine quantitativen, welche Effekte von den Interventionen messen.

Eine Stärke ist, dass bis auf zwei Studien die Ergebnisse ihre Aktualität in den letzten zehn Jahren aufweisen und eine Studie mit Ergebnissen aus drei randomisiert kontrollierten Studien eingeschlossen werden konnte

Praxisempfehlung

Durch dieses Literaturreview zeigt sich, dass in der Arbeit mit Klient/innen in der häuslichen Pflege wie anfänglich beschrieben, das biomedizinische Modell oft im Vordergrund steht. Durch geeignete Interventionen von Krankenschwestern und einer interprofessionellen Zusammenarbeit kann das biopsychosoziale Modell Anwendung finden und dadurch Verbesserungen auf der physiologischen, psychischen und sozialen Ebene des Menschen erreichen. Wenn die

Mitarbeiter/innen in der häuslichen eine Schulung erhalten, hilft es ihnen dabei den psychischen Gesundheitszustand einzuschätzen, Probleme zu erkennen und die psychische Gesundheit zu fördern. Dafür sind geeignete Bewertungsinstrumente zweckmäßig. Um den Menschen bei Gesundheitsproblemen mit biomedizinischen, geistigen und sozialen Folgen zu betrachten sind eingeplante Zeit und adäquate Kommunikation in der häuslichen Pflege erforderlich. Für die Pflegekräfte sind hierfür Kommunikations- und Motivationstrainings sinnvoll. Bei zusätzlich eingeplanten, monatlichen Hausbesuchen – individuell abgestimmt auf die Bedürfnisse der Klient/innen – ist es möglich die Kommunikation und Beziehung zwischen Pflegekräften und Klient/innen zu verbessern.

Forschungsempfehlung

Wichtig ist bei Interventionsstudien immer eine gute Beschreibung der Intervention, um diese bei positiven Ergebnissen in der Praxis weiter verbreiten zu können. Zur Durchführung von Interventionen ist es erforderlich sich mit den Bedürfnissen der Klient/innen in der häuslichen Pflege auseinander zu setzen und danach herauszufinden welche individuellen Interventionen, unterschiedliche Klient/innen benötigen. Wichtig ist, dass zukünftige Studien ein quantitatives Design oder Mixed Method Design haben, um mehr messbare Effekte zu erzielen. Im Rahmen der Literatursichtung stellte sich heraus, dass es wenige bis gar keine Studien gibt, die sich mit der sozialen Gesundheit auseinandersetzen. Eine ausführlichere Beschreibung von der sozialen Gesundheit der Klient/innen in der häuslichen Pflege wäre sinnvoll, um deren Effekt auf die gesamt Gesundheit einschätzen zu können. Zukünftige Forschung sollte im deutschsprachigen Raum, insbesondere in Österreich durchgeführt werden, um die Datenlage hinsichtlich der aktuellen Situation sowie den Bedürfnissen zu erheben und in weiterer Folge auch Interventionen entwickeln zu können.

5. Schlussfolgerung

Abschließend werden für dieses Literaturreview noch einmal die Ergebnisse der inkludierten Studien zusammengefasst. Das Ziel dieser Arbeit war, die Schaffung eines Überblicks über den aktuellen wissenschaftlichen Stand der gesundheitsförderlichen Interventionen im Rahmen der häuslichen Pflege. Im Rahmen dieser Arbeit konnten vor allem durch die Interventionsstudien hilfreiche Ergebnisse dargestellt werden, welche die Pflege im häuslichen Setting anwenden kann. Für die gesundheitsförderliche Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit den Klient/innen im häuslichen Setting ist vor allem der Kommunikationsprozess zwischen den beiden Parteien sehr entscheidend. Wenn den Pflegekräften im Zusammenhang mit der körperlichen Aktivität die Präferenzen der Klient/innen bekannt sind, kann die Pflege dieses Wissen nutzen, um dies aktiv in die Arbeit mit den Klient/innen einzubinden. Zeitmangel bewirkt aber, dass praktische Tätigkeiten wie Medikamente oder Injektionen verabreichen im Vordergrund stehen. Mit geeigneten Bewertungsinstrumenten, wie etwa der Center for Epidemiological Depression Scale (CES-D Skala), der Health Survey Medical Study (SF-36) und dem Personal Resource Questionnaire (PRQ-85) können psychische Gesundheit, Lebensqualität und soziale Unterstützung bewertet werden und die Interventionen auf Ressourcen abgestimmt werden. Die Zeit muss dafür individuell eingeplant werden, um psychische und soziale Gesundheit von Klient/innen in den Betreuungsplan miteinzubinden, damit die Klient/innen und auch die Pflegekräfte davon profitieren. Durch gezielte Interventionen und Schulung der Pflegekräfte können nicht nur das Wissen der Pflegekräfte und die Motivationsfähigkeit erweitert werden, sondern dadurch können auch psychische Gesundheitsprobleme der Klient/innen erkannt und der psychische Gesundheitszustand gefördert werden. Diese gesundheitsfördernden Interventionen könnten die Lebensqualität der Klient/innen steigern sowie Kosten in der Versorgung senken.

6. Literaturverzeichnis

- ABACHIZADEH, K., OMIDNIA, S., MEMARYAN, N., NASEHI, A., RASOULI, M., TAYEFI, B. & NIKFARJAM, A. 2013. Determining dimensions of iranians' individual social health: a qualitative approach. *Iran J Public Health*, 42, 88-92.
- ARBEITERKAMMER, W. 2014. Pflege und Betreuung älterer Menschen in Österreich. AK Infos
https://media.arbeiterkammer.at/PDF/Pflege_und_Betreuung_2014.pdf, 1. Auflage April 2014, 16.
- AUSTRIA, S. 2018. Betreuungs- und Pflegedienste. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegetdienste/index.html, viewed on december 7 2018.
- BOLENIUS, K., LAMAS, K., SANDMAN, P. O. & EDVARDSSON, D. 2017. Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services - a study protocol of a non-randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, 17, 57.
- BRÜSSOW, H. 2013. What is health? *Microbial biotechnology*, 6, 341-348.
- BURTON, E., LEWIN, G. & BOLDY, D. 2015. Physical activity preferences of older home care clients. *Int J Older People Nurs*, 10, 170-8.
- EGGER W., J. 2005. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin*, 16. Jahrgang 2005, Nummer 2, 10.
- FORUM, E. P. without year. Physical health. *European Patients' Academy*, <https://www.eupati.eu/glossary/physical-health/>, viewed december 4 2018.
- FRANZKOWIAK, P. 2018. Biomedizinische Perspektive. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*, viewed on december 6 2018.
- GALDERISI, S., HEINZ, A., KASTRUP, M., BEEZHOLD, J. & SARTORIUS, N. 2017. A proposed new definition of mental health. *Psychiatr Pol*, 51, 407-411.
- GENET, N., BOERMA, W. G., KRINGOS, D. S., BOUMAN, A., FRANCKE, A. L., FAGERSTROM, C., MELCHIORRE, M. G., GRECO, C. & DEVILLE, W. 2011. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*, 11, 207.
- GRUNDBERG, A., HANSSON, A., HILLERAS, P. & RELIGA, D. 2016. District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity. *J Clin Nurs*, 25, 2590-9.
- HAWKER, S., PAYNE, S., KERR, C., HARDEY, M. & POWELL, J. 2002. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qual Health Res*, 12, 1284-99.
- HURRELMANN, K., FRANZKOWIAK, PETER 2018. Gesundheit. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/gesundheit/>.
- JERDEN, L., HILLERVIK, C., HANSSON, A. C., FLACKING, R. & WEINEHALL, L. 2006. Experiences of Swedish community health nurses working with

- health promotion and a patient-held health record. *Scand J Caring Sci*, 20, 448-54.
- KIM, S., YEGANOVA, L. & WILBUR, W. J. 2016. Meshable: searching PubMed abstracts by utilizing MeSH and MeSH-derived topical terms. *Bioinformatics*, 32, 3044-6.
- MARKLE-REID, M., BROWNE, G. & GAFNI, A. 2013. Nurse-led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada. *J Eval Clin Pract*, 19, 118-31.
- MARKLE-REID, M., MCAINEY, C., FORBES, D., THABANE, L., GIBSON, M., BROWNE, G., HOCH, J. S., PEIRCE, T. & BUSING, B. 2014a. An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. *BMC Geriatr*, 14, 62.
- MARKLE-REID, M., MCAINEY, C., FORBES, D., THABANE, L., GIBSON, M., BROWNE, G., HOCH, J. S., PEIRCE, T. & BUSING, B. 2014b. An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. *BMC Geriatrics*, 14, 62-62.
- MARKLE-REID, M., WEIR, R., BROWNE, G., ROBERTS, J., GAFNI, A. & HENDERSON, S. 2006. Health promotion for frail older home care clients. *J Adv Nurs*, 54, 381-95.
- MARTINS, J. J., SCHNEIDER, D. G., COELHO, F. L., NASCIMENTO, E. R. P., ALBUQUERQUE, G. L., ERDMANN, A. L. & GAMA, F. O. 2009. Quality of life among elderly people receiving home care services. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 265-271.
- MURAMATSU, N., YIN, L. & LIN, T. T. 2017. Building Health Promotion into the Job of Home Care Aides: Transformation of the Workplace Health Environment. *Int J Environ Res Public Health*, 14.
- OSTERLE, A. & BAUER, G. 2012. Home care in Austria: the interplay of family orientation, cash-for-care and migrant care. *Health Soc Care Community*, 20, 265-73.
- PAGE, M. J. & MOHER, D. 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. *Syst Rev*, 6, 263.
- SCHLIPFENBACHER, C. & JACOBI, F. 2013. *Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz*.
- SEGER, W., ELLIES, MAIK 2017. Krankheitsmodell für die Versorgung im 21. Jahrhundert: Psychosoziales Umfeld einbeziehen. *Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen*, 10, 5.
- U.S.GOVERNMENT 2011. Social Determinants of Health. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health>, viewed december 5 2018.
- VALAITIS, R. K., SCHOFIELD, R., AKHTAR-DANESH, N., BAUMANN, A., MARTIN-MISENER, R., UNDERWOOD, J. & ISAACS, S. 2014. Community health nurses' learning needs in relation to the Canadian community health nursing standards of practice: results from a Canadian survey. *BMC Nursing*, 13, 31.
- VAN EENOO, L., VAN DER ROEST, H., ONDER, G., FINNE-SOVERI, H., GARMS-HOMOLOVA, V., JONSSON, P. V., DRAISMA, S., VAN HOUT, H. & DECLERCQ, A. 2018. Organizational home care models across Europe: A cross sectional study. *Int J Nurs Stud*, 77, 39-45.

- WALTERS, M. E., REIJNEVELD, S. A., VAN DER MEULEN, A., DIJKSTRA, A. & DE WINTER, A. F. 2017. Effects of a training program for home health care workers on the provision of preventive activities and on the health-related behavior of their clients: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*, 74, 61-66.
- WHITEHEAD, D. 2008. An international Delphi study examining health promotion and health education in nursing practice, education and policy. *J Clin Nurs*, 17, 891-900.
- WHITEHEAD, D. 2018. Exploring health promotion and health education in nursing. *Nurs Stand*.
- WHO 2016. What is health promotion? <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/>.
- WHO 2017. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promot Int*, 32, 7-8.
- WHO, R. W., MICHAEL MARMOT 2004. Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Zweite Ausgabe. *WHO-Regionalbüro für Europa*, 42.

7. Anhang

7.1. Bewertungsbögen für qualitative und quantitative Studien (Hawker et al., 2002)

Bewertungskriterien:

Punkte für die Bewertung: Good = 4 Punkte, Fair = 3 Punkte, Poor = 2 Punkte, Very poor = 1 Punkt, Lower scores = poor quality

Physical activity preferences of older home care clients (Burton et al., 2015).

Ergebnis: 35 von 36 Punkten = 97,2%

Abstract and Title: Did they provide a clear description of the study (Hawker et al., 2002)?

Good = Alle relevanten Informationen sind im Titel enthalten. Titel ist so kurz wie möglich. Die Zusammenfassung enthält alle wichtigen Punkte.

Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research (Hawker et al., 2002)?

Good = Fragestellung und Ziel sind klar formuliert und die Einleitung enthält aktuelle Information, sowie eine Struktur von allgemeiner zu spezifischer werdender Information.

Method and data: Is the method appropriate and clearly explained (Hawker et al., 2002)?

Good = Design, Partizipant/innen, Prozess der Datensammlung, Datenanalyse und ethische Zustimmung sind vorhanden. Genaue Beschreibung der einzelnen Punkte vorhanden. Wichtig ist, dass eine Beschreibung vom Fragebogen vorhanden ist.

Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims (Hawker et al., 2002)?

Good = Genaue Beschreibung der Rekrutierung der Partizipant/innen vorhanden. Purposive Sampling durchgeführt. Ein- und Ausschlusskriterien vorhanden.

Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous (Hawker et al., 2002)?

Good = Klare Beschreibung wie und von wem die Daten gesammelt wurden. Transkribierte Interviews.

Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered (Hawker et al., 2002)?

Good = Die ethische Zustimmung wurde eingeholt. Bias wurde beschrieben.

Results: Is there a clear statement of the findings (Hawker et al., 2002)?

Good = Am Anfang eine Zusammenfassung der vorhandenen Daten mit Prozentangaben. Diese Zusammenfassung wurde durch Unterüberschriften im Resultateteil mit den Ergebnissen des Fragebogens und zusätzlichen Kommentaren durch die Partizipant/innen sehr gut verdeutlicht. Die Resultate und Ziele stimmen überein.

Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population (Hawker et al., 2002)?

Fair = Kontext und Setting sind beschrieben, aber die Stichprobe hätte größer sein können um mehr Ergebnisse zu erzielen.

Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice (Hawker et al., 2002)?

Good = Implikationen für die Praxis sind vorhanden, aber die Forschungsempfehlungen wären besser als eigener Punkt gewesen um dies hervorzuheben.

An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms (Markle-Reid et al., 2014a).

Ergebnis: 33 von 36 Punkten = 91,7%

Abstract and Title: Did they provide a clear description of the study (Hawker et al., 2002)?

Fair = Alle relevanten Informationen sind im Titel enthalten. Titel könnte kürzer sein (ohne interprofessional). Die Zusammenfassung enthält alle wichtigen Punkte, könnte aber auch kürzer sein.

Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research (Hawker et al., 2002)?

Good = Die Ziele sind klar formuliert, die Fragestellungen haben einen eigenen Unterpunkt erhalten. Die Einleitung enthält aktuelle Information, sowie eine Struktur von allgemeiner zu spezifischer werdender Information.

Method and data: Is the method appropriate and clearly explained (Hawker et al., 2002)?

Good = Alle relevanten Punkte des Methodenteils sind vorhanden. Genaue Beschreibung der einzelnen Punkte vorhanden. Die Intervention in der Studie wurde genau beschrieben und von wem diese durchgeführt wurde. Die Mitarbeiter/innen erhielten eine Schulung für diese Intervention. Messinstrumente werden beschrieben.

Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims (Hawker et al., 2002)?

Good = Genaue Beschreibung der Rekrutierung der Partizipant/innen vorhanden.

Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous (Hawker et al., 2002)?

Good = Eine detaillierte Beschreibung der durchgeführten Analyse der quantitativen und qualitativen Daten ist vorhanden.

Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die ethische Zustimmung wurde eingeholt. Bias wurde nicht beschrieben.

Results: Is there a clear statement of the findings (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die wichtigsten Ergebnisse hätten eine Übersichtstabelle gebraucht. Die Prozentangaben der Merkmale der Teilnehmer/innen erschweren den Lesefluss. Die Resultate und Ziele stimmen überein.

Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population (Hawker et al., 2002)?

Good = Kontext und Setting sind beschrieben. Die Stichprobe ist für die Studie ausreichend.

Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice (Hawker et al., 2002)?

Good = Implikationen für die Praxis sind vorhanden und detailliert beschrieben, vor allem die Effekte der Intervention werden im Diskussionsteil genau beschrieben. Empfehlungen für zukünftige Forschungen sind vorhanden.

Health promotion for frail older home care clients (Markle-Reid et al., 2006).

Ergebnis: 33 von 36 Punkten = 91,7%

Abstract and Title: Did they provide a clear description of the study (Hawker et al., 2002)?

Good = Der Titel ist so kurz wie möglich. Alle Informationen im Abstract enthalten.

Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Ziele sind klar formuliert, die Fragestellungen haben einen eigenen Unterpunkt erhalten. Die Einleitung enthält alte Informationen, sowie eine Struktur von allgemeiner zu spezifisch werdender Information. Statt einer Forschungsfrage ist eine Hypothese vorhanden.

Method and data: Is the method appropriate and clearly explained (Hawker et al., 2002)?

Good = Die Methode wird als „the study“ bezeichnet. Alle relevanten Punkte des Methodenteils sind vorhanden. Das Design wurde beschrieben. Es wurde eine Poweranalyse durchgeführt.

Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims (Hawker et al., 2002)?

Good = Genaue Beschreibung der Partizipant/innen vorhanden. Durch die Poweranalyse war die Stichprobengröße ausreichend.

Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous (Hawker et al., 2002)?

Good = Die Datenanalyse ist sehr kurz beschrieben. Die Messinstrumente werden einfach erklärt.

Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? (Hawker et al., 2002)

Fair = Die ethische Zustimmung wurde eingeholt. Bias wurde nicht beschrieben.

Results: Is there a clear statement of the findings (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die wichtigsten Ergebnisse hätten eine Übersichtstabelle gebraucht. Die Prozentangaben der Merkmale der Teilnehmer/innen erschweren den Lesefluss. Die Resultate und Ziele stimmen überein.

Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population (Hawker et al., 2002)?

Good = Kontext und Setting sind beschrieben. Die Stichprobe ist für die Studie ausreichend und die Ergebnisse übertragbar.

Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice (Hawker et al., 2002)?

Good = Die Studie hat gezeigt, dass durch eine Neuorganisation der Bereitstellung der häuslichen Pflegedienste eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität der Klient/innen zu Hause erreicht werden kann. Die körperliche

Funktionsfähigkeit und die psychische Gesundheit verbesserten sich. Wichtig ist der Einbezug von Depressionsscreening und Depressionsmanagement in die häusliche Pflege. Empfehlungen für Praxis und Forschung sind vorhanden.

Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record (Jerden et al., 2006).

Ergebnis: 32 von 36 Punkten = 88,8%

Abstract and Title: Did they provide a clear description of the study (Hawker et al., 2002)?

Fair = Der Titel beschreibt ausführlich die Thematik. Der Abstract ist nicht gegliedert. Methode könnte genauer beschrieben sein.

Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Ziele sind klar formuliert, die Fragestellungen haben einen eigenen Unterpunkt erhalten. Die Einleitung enthält alte Informationen, sowie eine Struktur von allgemeiner zu spezifisch werdender Information. Forschungsfrage ist keine vorhanden.

Method and data: Is the method appropriate and clearly explained (Hawker et al., 2002)?

Good = Das Design ist die Grounded Theory. Die Intervention durch My Book About Health wurde ausführlich beschrieben.

Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims (Hawker et al., 2002)?

Good = Genaue Beschreibung der Partizipant/innen vorhanden. Die Datenerfassung wurde solange durchgeführt bis eine Sättigung erreicht wurde.

Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous (Hawker et al., 2002)?

Good = Es wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Die Interviews ergaben Themen und Unterkategorien die identifiziert, verglichen und diskutiert wurden.

Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die ethische Zustimmung wurde eingeholt. Bias wurde nicht beschrieben.

Results: Is there a clear statement of the findings (Hawker et al., 2002)?

Fair = Eine allgemeine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zu Beginn des Resultateteils wäre besser gewesen. Die Resultate sind in drei Themen gegliedert.

Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population (Hawker et al., 2002)?

Good = Kontext und Setting sind beschrieben. Die Studie ist aufgrund der Ergebnisse auf weitere Partizipant/innen übertragbar.

Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice (Hawker et al., 2002)?

Good = Die Studie hat gezeigt, dass durch die Verteilung der Patientenakten sich die Kommunikation zwischen Patient/innen und Pflegekräften verbesserte. Empfehlungen für die Praxis und Forschung sind vorhanden.

Effects of a training program for home health care workers on the provision of preventive activities and on the health-related behavior of their clients: A quasi-experimental study(Walters et al., 2017).

Ergebnis: 31 von 36 Punkten = 86,1 %

Abstract and Title: Did they provide a clear description of the study? (Hawker et al., 2002)

Good = Abstract ist gut strukturiert und leicht verständlich. Alle Teile eines Abstracts sind vorhanden. Der Titel ist sehr lang, beschreibt aber sehr gut den Inhalt der Studie.

Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research (Hawker et al., 2002)?

Fair = Wenig Literatur vorhanden auf die sich die Studie in der Einleitung bezieht. Teilweise alte Literatur vorhanden. Das Ziel ist klar beschrieben, aber Forschungsfrage ist keine vorhanden.

Method and data: Is the method appropriate and clearly explained (Hawker et al., 2002)?

Good = Um die Effekte einer Intervention zu überprüfen ist ein quasi-experimentelles Design sehr gut geeignet. Beschreibung warum dieses Design gewählt wurde ist vorhanden. Alle wesentlichen Inhalte eines Methodenteils sind vorhanden.

Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims (Hawker et al., 2002)?

Good = Charakteristika der Partizipant/innen wurden genau beschrieben.

Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Datenanalyse wurde sehr kurz beschrieben, aber die Messinstrumente und ihr Verwendungszweck wurde genannt.

Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered (Hawker et al., 2002)?

Fair = Das Ethikkomitee der Medizinischen Universität Groningen entschied nach der Evaluierung des Studienprotokolls, dass eine Zustimmung ihrerseits nicht notwendig war. Das Ethikkomitee empfand, dass durch das Training und die präventiven Aktivitäten kein Stress für die Partizipant/innen entstehen würde. Bias wurde nicht beschrieben.

Results: Is there a clear statement of the findings (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Resultate sind nicht sehr aussagekräftig. Die Tabellen sind schwer verständlich und dass Tabelle 3 sich auf der nächsten Seite – in gedrehter Ansicht – befindet, stört den Lesefluss. Die Resultate werden nicht ausreichend erklärt.

Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population (Hawker et al., 2002)?

Fair = Kontext und Setting sind beschrieben. Aufgrund der wenig signifikanten Ergebnisse ist diese Studie von den Ergebnissen her nicht übertragbar.

Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice (Hawker et al., 2002)?

Good = Ein Hinweis für die Praxis ist, dass ein Trainingsprogramm adaptiert werden sollte, um den Kommunikationsprozess zwischen Pflegekräften und älteren Erwachsenen zu verbessern und dadurch auch das gesundheitsbezogene Verhalten. Eine Forschungsempfehlung ist vorhanden.

Nurse-led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada (Markle-Reid et al., 2013).

Ergebnis: 30 von 36 Punkten = 83,3%

Abstract and Title: Did they provide a clear description of the study (Hawker et al., 2002)?

Fair = Der Background fehlt im Abstract. Der Titel und der Abstract harmonisieren inhaltlich sehr gut miteinander, insofern dass der Leser klar weiß worum es geht.

Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Einleitung ist allgemein und wird im Laufe spezifisch. Es wurde aktuelle Literatur verwendet. Das Ziel ist beschrieben, jedoch wurde keine Forschungsfrage formuliert. Eine Hypothese wurde aufgestellt.

Method and data: Is the method appropriate and clearly explained (Hawker et al., 2002)?

Good = Drei randomisiert kontrollierte Studien wurden durchgeführt und die Forschungsfragen der drei Studien wurden beschrieben. Zufällige Auswahl der Partizipant/innen. Zeitraum der Datensammlung, Setting und Beschreibung der quasi-experimentellen Studien vorhanden.

Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims (Hawker et al., 2002)?

Good = Das Ziel und Sampling stimmen überein. Die Zielpopulation wurde beschrieben und Rekrutierungsrate ist angegeben. Interventions- und Kontrollgruppe wurden beschrieben.

Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous (Hawker et al., 2002)?

Poor = Die Datenanalyse wurde nicht explizit erwähnt. Im Unterpunkt „Ergebnisse“ wurden die einzelnen Zielparameter und die Messparameter – Tabelle vorhanden – beschrieben. Ein Softwareprogramm zur Datenanalyse wurde nicht beschrieben.

Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Ethikzulassung wurde eingeholt und alle Partizipant/innen gaben eine schriftliche Einverständniserklärung für die Teilnahme. Bias wurde nicht beschrieben.

Results: Is there a clear statement of the findings (Hawker et al., 2002)?

Good = Die drei Studien werden sehr gut erklärt, der Text und die Tabellen ergänzen sich sehr gut. Die Ergebnisse sind einfach zu verstehen. Durch die Intervention verbesserte sich gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Tabelle alleine präsentiert die signifikanten Ergebnisse sehr gut. Für jede Studie wurden Schlussfolgerungen angegeben.

Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population (Hawker et al., 2002)?

Fair = Kontext und Setting sind beschrieben. Die Übertragbarkeit ist schwierig, da in dieser Studie andere Studien normalerweise Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und anderen Komorbiditäten ausschließen.

Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice (Hawker et al., 2002)?

Good = Durch flexible, kundenzentrierte Hausbesuche mit strukturierter und geplanter Nachsorge (mindestens ein Hausbesuch pro Monat) können Risikofaktoren für Gebrechlichkeit und die Funktionsabnahme erkannt und bewältigt werden. Ebenso könne durch eine stärkere Einbindung der Menschen in ihr Gesundheitsmanagement und ihre Entscheidungsfindung die Gesundheitsergebnisse zu niedrigen Kosten verbessert werden. Für die Praxis relevant ist, dass häusliche Pflegedienste auch nichtmedizinische Determinanten der Gesundheit berücksichtigen sollen, wie soziale Unterstützung, psychische Gesundheit, Bewältigung und Gesundheitspraktiken. Praxis- und Forschungsempfehlungen sind vorhanden.

Quality of life among elderly people receiving home care services(Martins et al., 2009) .

Ergebnis: 25 von 36 Punkten = 69,4%

Abstract and Title: Did they provide a clear description of the study (Hawker et al., 2002)?

Fair = Background und Setting fehlt im Abstract. Der Titel und der Abstract passen gut zusammen. Die Datenanalyse hätte nicht so genau beschrieben werden müssen.

Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Einleitung ist allgemein und wird im Laufe spezifisch. Es wurde teilweise alte -und bei der Menge an Autoren wenig- Literatur verwendet. Das Ziel ist beschrieben, jedoch wurde keine Forschungsfrage formuliert.

Method and data: Is the method appropriate and clearly explained (Hawker et al., 2002)?

Fair = Cross-sectional Study mit quantitativem Design wurde verwendet. Der Methodenteil ist vollständig und kurz, sowie einfach dargestellt. Die Stichprobe hätte genauer beschrieben werden können, vor allem weiß man nicht wie und von wem die Familien kontaktiert wurden.

Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims (Hawker et al., 2002)?

Poor = Man weiß nicht von wem und wie die Partizipant/innen rekrutiert wurden. Die Stichprobe hätte größer sein, für diese Studie war die Stichprobe ausreichend, jedoch ist kein Zeitraum angegeben in welchem die Daten gesammelt wurden.

Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous (Hawker et al., 2002)?

Good = Die Datenanalyse wurde ausreichend beschrieben.

Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Ethikzulassung wurde eingeholt und alle Partizipant/innen gaben eine schriftliche Einverständniserklärung für die Teilnahme. Bias wurde nicht beschrieben.

Results: Is there a clear statement of the findings (Hawker et al., 2002)?

Poor = Eine kurze Zusammenfassung über die relevantesten Ergebnisse im Ergebnisteil wäre besser gewesen. Zusätzlich hätte eine Tabelle das Lesen vereinfacht, da die Resultate durch die Menge an Zahlen schwer zu lesen sind. Eine Beschreibung oder Erklärung zu den Ergebnissen sind nicht vorhanden.

Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population (Hawker et al., 2002)?

Poor = Minimale Beschreibung von Setting/Kontext. Eine Übertragbarkeit wird nicht erwähnt. Die Stichprobe ist zu klein.

Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice (Hawker et al., 2002)?

Fair = Eine Forschungsempfehlung ist nicht vorhanden. Für die Praxis relevant ist, dass Gesundheitsstrategien überdacht werden sollten, insbesondere bei älteren Menschen die häusliche Pflege benötigen. Im Umgang mit den Menschen ist hier die ganzheitliche Sichtweise hervorzuheben, in der die Angehörigen der Gesundheitsberufe die Menschen in physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Hinsicht wahrnehmen. Diese Formulierungen hätten deutlicher – etwa mit einer Überschrift – hervorgehoben werden können.

District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity (Grundberg et al., 2016).

Ergebnis: 33 von 36 Punkten = 91,7%

Abstract and Title: Did they provide a clear description of the study (Hawker et al., 2002)?

Good = Der Abstract ist vollständig. Der Titel ist sehr aussagekräftig, denn dieser ist das Ziel der Studie. Die Beschreibung ist so verständlich, dass man nicht erst die gesamte Studie lesen muss, um zu erfassen worum es geht.

Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Einleitung ist allgemein und wird im Laufe spezifisch. Es wurde teilweise alte Literatur verwendet. Das Ziel ist beschrieben, jedoch wurde keine Forschungsfrage formuliert.

Method and data: Is the method appropriate and clearly explained (Hawker et al., 2002)?

Good = Deskriptive Studie mit qualitativem Design. Um Sichtweisen zu beschreiben, ist diese Wahl des Designs sehr passend. Die Methode ist vollständig.

Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims (Hawker et al., 2002)?

Fair = Snowballsampling wurde angewendet. Durch eine gezielte Auswahl hätten vielleicht mehr Teilnehmer/innen rekrutiert werden können. Ein Bias wurde in Bezug auf das Sampling in der Diskussion der Studie erwähnt. Die Datensammlung ist sehr genau beschrieben.

Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous (Hawker et al., 2002)?

Good = Die Datenanalyse der Interviews wurde ausreichend beschrieben.

Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered (Hawker et al., 2002)?

Good = Die Ethikzulassung wurde eingeholt und alle Partizipant/innen gaben eine schriftliche Einverständniserklärung für die Teilnahme. Samplingbias wurde in der Diskussion beschrieben.

Results: Is there a clear statement of the findings (Hawker et al., 2002)?

Good = Eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse ist vorhanden und die Ergebnisse sind gut strukturiert. Der Fokus in der Arbeitsweise der Pflegekräfte im häuslichen Setting liegt mehr auf praktischen Tätigkeiten, als beim Erkennen von psychischen Erkrankungen und der psychischen Gesundheitsförderung.

Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population (Hawker et al., 2002)?

Fair = Eine Beschreibung von Setting/Kontext ist vorhanden. Eine Limitation beschreibt, dass die Ergebnisse aufgrund des Snowballsamplings mit Vorsicht zu genießen sind. Deshalb sind die Ergebnisse schwierig zu übertragen auf andere Menschen.

Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice (Hawker et al., 2002)?

Good = Eine Forschungsempfehlung ist vorhanden. Das Risikoassessment und Screening von Klient/innen in der häuslichen Pflege durch Pflegekräfte ist wichtig, um mentale Gesundheitsprobleme frühzeitig zu identifizieren. Die psychische Versorgung geht oft im Rahmen der primären Versorgung der Klient/innen unter. Durch die Schulung der Mitarbeiter/innen in der häuslichen Pflege und eine Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienstleistern, kann sich die häusliche Pflege in Zukunft entwickeln.

Building Health Promotion into the Job of Home Care Aides: Transformation of the Workplace Health Environment (Muramatsu et al., 2017).

Ergebnis: 27 von 36 Punkten = 75%

Abstract and Title: Did they provide a clear description of the study (Hawker et al., 2002)?

Poor = Der Abstract ist unstrukturiert. Im Abstract ist das Setting der Studie und die Datenanalyse nicht beschrieben. Zwischen den Resultaten und Schlussfolgerungen wäre eine Überschrift sinnvoll gewesen. Das Ziel hätte besser als solches formuliert werden können. Der Titel ist zu lang. Transformation of the Workplace Health Environment hätte man weglassen können.

Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Einleitung ist allgemein und wird im Laufe spezifisch. Das Ziel wird nicht direkt beschrieben, sondern ein Programm wird beschrieben, welches sanfte körperliche Aktivität in der häuslichen vermitteln soll und wie sich durch dieses

Programm die Arbeit und die Gesundheit der Mitarbeiter/innen in der häuslichen Pflege verändert. Zwei Forschungsfragen wurden gestellt.

Method and data: Is the method appropriate and clearly explained (Hawker et al., 2002)?

Fair = Ein Mixed Method Design wurde verwendet, um das Pilotprogramm mit einem Prä- und Post-Test-Design zu evaluieren. Zur Überprüfung der Intervention ist das Design passend. Es wurde nicht beschrieben wie die Partizipant/innen rekrutiert wurden. Der Zeitraum der gesamten Studie hätte beschrieben werden müssen.

Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims (Hawker et al., 2002)?

Very poor = Keine Beschreibung über das Sampling vorhanden.

Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous (Hawker et al., 2002)?

Good = Die Datenanalyse der quantitativen und der qualitativen Daten wurde ausreichend beschrieben. Qualitative Daten wurden kodiert und transkribiert.

Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered (Hawker et al., 2002)?

Fair = Die Studie wurde von dem Institutional Review Board at the University of Illinois at Chicago zugelassen und alle Partizipant/innen unterschrieben die informierte Zustimmung. Bias wurde nicht beschrieben.

Results: Is there a clear statement of the findings (Hawker et al., 2002)?

Good = Die Resultate sind strukturiert. Ausführliche Angaben über die Charakteristiken der Partizipant/innen sind in tabellarischer Form dargestellt. Die Pflegekräfte über 50 Jahre verbrachten mehr Zeit mit körperlicher Aktivität als sie diese ihren Klient/innen überbrachten. Diese Pflegekräfte waren nach der Intervention körperlich aktiver und waren motivierter körperlich aktiv zu sein. Die Pflegekräfte wurden motiviert als sie sahen, dass die Klient/innen durch das

Programm motiviert waren und die Übungen gerne durchführten. Durch die Zitate wurden die Ergebnisse sehr gut verdeutlicht.

Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population (Hawker et al., 2002)?

Fair = Setting/Kontext ist nicht genau beschrieben. In zukünftigen Forschungen sollen größere Stichproben angewendet werden mit strengeren Forschungsmethoden. Eine Übertragbarkeit ist mit dieser Studie daher nicht möglich.

Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice (Hawker et al., 2002)?

Good = Eine Forschungsempfehlung ist vorhanden. Durch das Programm von den Pflegekräften, wurde der physische Gesundheitszustand der Klient/innen verbessert. Mit diesem Programm soll eine neue Arbeitsumgebung geschaffen werden, in der Pflegekräfte und Klient/innen zusammen an einem sicheren, körperlichen Aktivitätsprogramm arbeiten, von dem beide Parteien profitieren.