

**Bachelorarbeit**

# **Pflegediagnosen**

eingereicht von

Nadine Adelheid Schaffer

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc

Graz, am 04.04.2016

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 04.04.2016

Nadine Schaffer eh.

## **Danksagung**

Zu Beginn möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich unterstützt und motiviert haben diese Bachelorarbeit zu schreiben.

Ein großes Dankeschön möchte ich an Frau Univ.-Prof.in Dr.in rer.cur., Diplom-  
pflegepädagogin Christa Lohrmann aussprechen, welche mir die Möglichkeit gegeben hat, mich mit diesen interessanten Thema auseinander zu setzen. Desweiteren danke ich Frau Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc, für die ausgezeichnete Betreuung meiner Bachelorarbeit. Durch kritisches Hinterfragen meiner Bachelorbetreuerin erhielt ich wertvolle Anhaltspunkte, welche ich in meine Arbeit einfließen lassen konnte, sowie kontinuierliche Motivation. All dies hat einen großen Teil zur Vollendung dieser Bachelorarbeit beigetragen. Vielen Dank für Ihre Geduld und Mühen.

Daneben gilt mein Dank an meinen Freund Thomas, meiner Schwester Melanie und meinen Schwager Danijel, welche in zahlreichen Stunden Korrektur gelesen haben. Sie zeigten Schwächen auf und konnten als Fachfremde immer wieder darauf hinweisen, wo noch Erklärungsbedarf und Unklarheiten bestanden.

Ein besonderer Dank geht an meine Eltern, welche mich während dem Studium und auch darüber hinaus stets unterstützten und ermutigten.

Nicht zuletzt gebührt meiner Oma DGKP Adelheid Schaffer ein großer Dank, ohne sie hätte ich den Schritt in diese Ausbildung nie gewagt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
1.1	Gesetzliche Grundlagen .....	2
1.2	Der Pflegeprozess .....	4
1.3	Ziel und Fragestellung .....	13
<b>2</b>	<b>METHODE</b> .....	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	<b>18</b>
3.1	Vorstellung der verwendeten Studien: .....	18
<b>4</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNG</b> .....	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG</b> .....	<b>- 1 -</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Sechs Schritte des Pflegeprozesses (in Anlehnung an Fiechter und Maier 1993) .....	5
Abbildung 2: Ausgangspunkt Pflegediagnosen (Staub & Georg et al 2013). .....	7
Abbildung 3: Flow Chart .....	15

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Die Struktur der Pflegediagnosen .....	11
Tabelle 2 : Übersicht der inkludierten Studien .....	16
Tabelle 3 Häufigkeit der Pflegediagnosen im Pflegeheim und Rehabilitationscenter .....	20
Tabelle 4: Häufige Pflegediagnosen im Akutbereich in Brasilien.....	23
Tabelle 5: Die 10 häufigsten Pflegediagnosen (Krankenhaus - Pflegeheim).....	27
Tabelle 6: Die 10 häufigsten Pflegediagnosen (Pflegeheim - Krankenhaus).....	28
Tabelle 7: häufigsten Pflegediagnoseverteilung im Universitätsklinikum in der Stadt São Paulo, Brasilien.....	31
Tabelle 8: Die vier häufigsten PD ab den 14 Tag im Universitätskrankenhaus im Süden Brasiliens .....	34

## Abkürzungsverzeichnis

NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association
PD	Pflegediagnose
ICNP	International Classification for Nursing Practice
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
NIC	Nursing Intervention classification = Pflegeinterventionsklassifikation
Ggf	gegeben falls
Bzw	Beziehungsweise
Gordon's functional health patterns	wurde von Majory Gordon entwickelt. Diese Methode wird von Pflegepersonen im Pflegeprozess verwendet, um ein umfassendes Pflegeassessment für jeden Patienten zu gewinnen.
Cinahl	Current Index to Nursing and Allied Health
Pubmed	Public Medline

## **Zusammenfassung**

**Hintergrund:** Pflegediagnosen sind ein wichtiger Bestandteil eines guten und umfassenden Pflegeprozesses. Sie sind nicht nur ein wichtiger Schritt im Pflegeprozess, sondern nehmen auch einen hohen Stellenwert in der Pflegedokumentation ein. In Abhängigkeit von den tatsächlichen Gesundheitszuständen der Patientinnen und Patienten, ergeben sich unterschiedliche Strukturen im Bereich von Pflegediagnosen. Entsprechend der NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Taxonomie bestehen fünf unterschiedliche Pflegediagnosen: Aktuelle Pflegediagnosen, Risikopflegediagnosen, Verdachtspflegediagnosen, Syndrompflegediagnosen und Gesundheits-/Wellnesspflegediagnosen. In geriatrischen Langzeitbereichen haben Pflegediagnosen einen besonderen Stellenwert, weil es immer wichtiger wird, für jeden geriatrischen Patienten (> 65 Jahre) eine adäquate Pflegediagnose zu definieren.

**Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen welche Pflegediagnosen in aktuellen Studien von geriatrischen Patienten im Akut- und Langzeitbereich bei sichtlich gleichen Pflegephänomenen auftreten.

**Methode:** Eine Literaturrecherche wurde in den Datenbanken Cinahl und Pubmed sowie in Fachliteraturen durchgeführt. Die Recherche erfolgte im Zeitraum Oktober bis Dezember 2015 und beinhaltet englisch- und deutschsprachige Quellen. Weiters wurden nur Studien der letzten zehn Jahre eingeschlossen. Die Studien sind anhand eines relevanten Titels und Abstracts ausgewählt worden und wurden danach kritisch mit dem passenden Bewertungsbogen bewertet.

**Ergebnis:** Anhand der eingeschlossenen Studien konnte in vier von fünf ausgewählten Studien eine Übereinstimmung der Pflegediagnose „beeinträchtigte körperliche Mobilität“ identifiziert werden. Die häufigsten gestellten Pflegediagnosen lauten: „Infektionsgefahr“, „Selbstversorgungsdefizit“, „Mangelernährung“ und „Hautschädigung“.

## **Abstract**

**Background:** Nursing diagnoses are an important component of a good and comprehensive care programme. They are not only an important step in the nursing process but also in the nursing documentation. When using nursing diagnoses, different structures, as described by NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) taxonomy e.g. “current” nursing diagnoses, “risk” nursing diagnoses, “suspicion” nursing diagnoses, “syndrome” nursing diagnoses, and “health and wellness” nursing diagnoses are used. In a geriatric long term area, nursing diagnoses have a particular significance because it get more important for every geriatric patient (>65 years) to define an adequate nursing diagnoses.

**Aim:** The aim of this work is to describe which nursing diagnoses are being used in current studies of geriatric patients in acute and long term situations where care phenomena are seen to be similar.

**Methods:** A comprehensive research of literature was carried out in the databases Cinahl and Pubmed as well as specialist literature. The research was done between October and December 2015 and contains only English language sources. Moreover, only studies from the last 10 years were included. The studies were chosen on the basis of relevant titles and abstracts and they were evaluated afterwards with the appropriate evaluation matrix.

**Results:** In four out of five studies there was an agreement with the nursing diagnoses “impaired mobility”. The most common nursing diagnoses are: “risk of infection”, “self-care deficit”, “imbalanced nutrition: Less than body requirement” and “impaired skin integrity”.

## **1 Einleitung**

Pflegepersonen planen mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen die Versorgung, um ein optimales Wohlbefinden bzw. einen friedlichen Abschied erreichen zu können. In der gegenwärtig Zeit ist mit dem Gebrauch der Bezeichnung „Pflegediagnose“ deutlich geworden, dass Pflegende Diagnostizierende sind, es wird in einer einheitlichen Fachsprache gesprochen und genau beschrieben welche Leistungen die Pflege erbringt.

Genau zu planen, konkrete Ziele zu setzen und angemessene Interventionen zu treffen sind wesentliche Elemente bei der Entwicklung und Gestaltung eines Pflege- und Versorgungsplans, genauso wie einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung. Der Pflegeprozess beinhaltet die Planungsphase der Pflegeaktivitäten und wird in einem Pflegeplan für jeden einzelnen Patient dokumentiert. Der Pflegeplan ist ein Bestandteil der Patientenakte und stellt eine Hilfe für die Pflegenden die den Patient versorgen dar, um sich der Patientenbedürfnisse (Pflegediagnosen), -ziele und erforderlichen Maßnahmen bewusst zu werden. Pflegediagnosen geben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen genauen Einblick in die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten oder Bewohners, daher sind sie auch ein Bestandteil der Pflegedokumentation. Ziel der Pflegediagnostik ist es, den Gesundheitszustand einer Patientin und Patienten oder Bewohnerin und Bewohner zu beurteilen, zu erkennen und zu benennen (Staub & Georg et al, 2013).

### **Historische Entwicklung von Pflegediagnosen**

Erstmalig wurde der Begriff Pflegediagnose 1953 von Virginia Frey in einer amerikanischen Pflegezeitschrift beschrieben (Frey 1953, zit.in Eveslage 2006, S. 6). Sie hatte die Entwicklung eines individuellen Pflegeplans als Hauptaufgabe von Pflegenden angesehen. Der Pflegeprozess wurde von Lydia Hall in einem Vortrag für den Krankenpflegeverband New Jersey erstmals 1955 beschrieben (Hall 1955, zit.in Eveslage 2006, S.6). Von diesem Zeitpunkt an konzentrierten sich die Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler überwiegend auf die Darstellung des Pflegeprozesses mit den Teilschritten einschätzen, planen, umsetzen und auswerten. Der Patient wird im Zusammenhang mit seinen Angehörigen und im Einklang seines Umfeldes gesehen. Die erste Konferenz der ANA (American

Nursing Association) fand 1973 statt, hier wurden die Pflegediagnosen klassifiziert (ANA 1973, zit. in Eveslage 2006, S.6). Im Jahre 1977 fand die dritte Konferenz statt und es erfolgte die Erarbeitung der Rahmenbedingungen zur Klassifizierung von Pflegediagnosen. Fünf Jahre später (1982) kam es auf der fünften Konferenz zur Gründung der NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (NANDA 1982, zit. in Eveslage 2006, S.6). In den darauf folgenden Jahren kam es auf mehreren Konferenzen zur Diskussion unterschiedlichster Definitionen, welche daraufhin weiterentwickelt wurden (Eveslage 2006).

## **Entwicklung in Europa**

In Europa schlossen sich 15 Nationen im Jahr 1993 zur European Nursing Diagnosis Association (ENDA), zusammen. 1995 wurde die ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes) in Brüssel gegründet mit dem Ziel eine Klassifikation der europäischen Pflegediagnosen zu erarbeiten. Heutzutage arbeitet die NANDA International weltweit mit mannigfachen internationalen Fachorganisationen zusammen, um Pflegediagnosen zu entwickeln, zu überprüfen und neue Diagnosen zu klassifizieren (Eveslage 2006).

### **1.1 Gesetzliche Grundlagen**

Im Jahr 1997 hat der österreichische Gesetzgeber die Dokumentation zur Berufspflicht von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe eingeführt. Neben der Allgemeinen Ausübung ihres Berufes werden die Dokumentationspflicht, Verschwiegenheitspflicht, Anzeige- und Meldepflicht sowie die Auskunftspflicht ernannt (Weiss & Lust 2014).

#### **Allgemeine Berufspflicht**

„§5 Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe habe bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten. Auf Verlangen ist 1. den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen, 2. deren gesetzlichen Vertreter oder 3. Personen, die von den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen bevollmächtigt wurden, Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren und gegen Kosten-

ersatz die Herstellung von Kopien zu ermöglichen. Bei freiberuflicher Berufsausübung (§ 36) sind die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation dienlichen Unterlagen mindestens zehn Jahre aufzubewahren“ (Weiss & Lust 2014, S.60).

Eine autonome Pflegedokumentation ist unentbehrlich für Maßnahmen der Qualitätssicherung, welche im Krankenanstaltsgesetz verankert sind. Desweiteren trägt sie auch zur Verbesserung der Pflegequalität bei. Krankenanstalten sind verpflichtet laut § 10 Krankengeschichten anzulegen, in denen nicht nur die ärztlichen Leistungen, sondern auch pflegerische Leistungen darzustellen sind. Darüber hinaus schreibt das GUKG keine näheren Details über die Form der Pflegedokumentation vor, da diese organisationsintern festgelegt werden. Das Gesetz schreibt nicht vor, ob die Unterschrift durch Pflegepersonen mit vollständigen Namen oder mit „Handzeichen“ erfolgen muss. Es muss jedoch jede erstellte Pflegediagnose mit vollständigen Namen oder „Handzeichen“ gekennzeichnet sein, sodass die Aufzeichnungen zweifelsfrei einer bestimmten Pflegeperson zugeordnet werden kann (Weiss & Lust 2014).

## 1.2 Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist ein logischer, zielgerichteter, universell anwendbarer und systematischer Problemerkennungs- und Lösungsprozess, den Pflegende während ihrer Arbeit nutzen (Georg & Abderhalden 2013). Im Zusammenhang mit diesem Prozess werden aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme, Entwicklungspotenziale und Ressourcen eingeschätzt, diagnostiziert sowie gezielte Interventionen geplant, ausgeführt und bewertet, um Ressourcen und Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit zu nutzen, zu entwickeln und aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme und Krisen zu lösen, zu lindern oder Menschen bei deren Bewältigung zu unterstützen (Georg & Abderhalden, 2013, S.77).

Heutzutage wird der Pflegeprozess als ein fünfteiliger zyklischer Prozess beschrieben, welcher Assessment, Diagnose, Planung, Implementierung und Evaluation beinhaltet (NANDA 2013, S 94). Klinische Beurteilung wird definiert als, „eine Interpretation oder Schlussfolgerung des Bedarfs, der Sorgen oder der Gesundheitsprobleme des Patienten, und/oder der Entscheidung zu handeln (oder nicht), Standardmethoden anzuwenden oder abzuwandeln oder neue aus dem Stegreif zu entwickeln, wie es angesichts der Reaktion des Patienten angemessen erscheint“ (NANDA 2013, S 94). Pflegepersonen bedienen sich kontinuierlich dieses Prozesses der klinischen Beurteilung, um den Assessmentdaten einen Sinn zu verleihen (NANDA 2013).

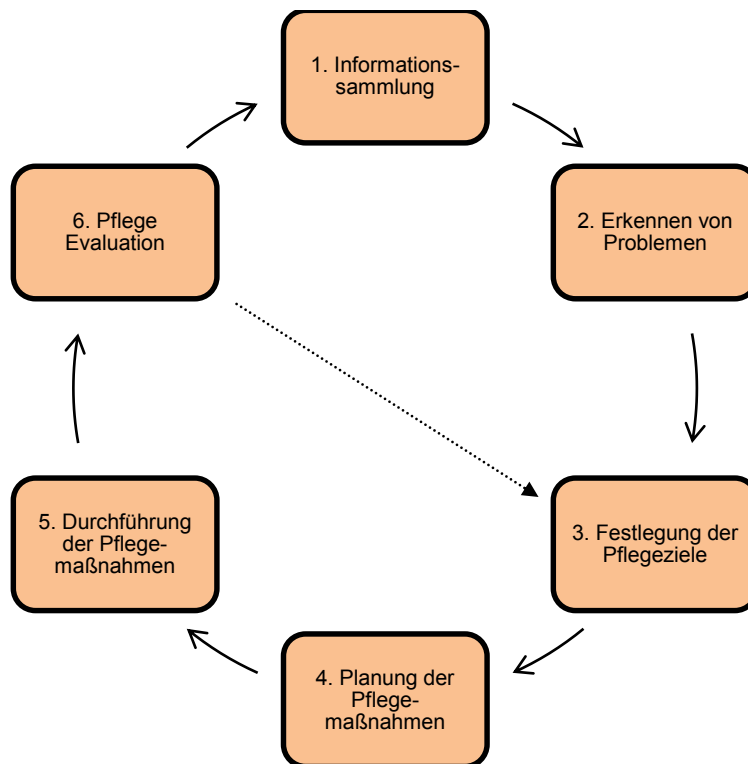


Abbildung 1: Sechs Schritte des Pflegeprozesses (in Anlehnung an Fiechter und Maier 1993)

## Pflegeassessment

Die Einschätzung der Patientinnen und Patienten (Pflegeassessment) ist die Grundlage auf der die Identifikation individueller Bedürfnisse, Reaktionen und Probleme beruht (Staub & Georg et al 2013). Das Pflegeassessment umfasst drei grundlegende Aktivitäten: 1) systematische Datenerhebung 2) sortieren und strukturieren der erhobenen Daten 3) dokumentieren der Daten in richtiger und konkreter Weise. Es werden *subjektive* und *objektive Daten* aus verschiedenen Quellen erhoben wie z.B. anhand der Befragung und der körperlichen Untersuchung des Patienten. Bei *subjektiven Daten* handelt es sich um Informationen welche durch die Berichterstattung des Patienten oder seine/ihrer Angehörigen erhoben werden. *Objektive Daten* hingegen, sind Daten die sich beobachten lassen oder aus anderen Quellen, wie z.B. Laboruntersuchungen, diagnostischen Tests, alten Patientenakten oder Angaben anderer Gesundheitsfachpersonen, stammen. Eine Pflegeperson konzentriert sich darauf, ein Profil des Patienten zu erstellen, welches ein Gefühl für dessen Gesundheitszustand vermittelt, indem es ein Bild des psychischen, physischen, soziokulturellen, spirituellen und kognitiven Status liefert (Staub & Georg et al 2013).

Wann genau das Erstassessment abgeschlossen werden soll, hängt im Wesentlichen von der Dauer der geplanten Pflegebeziehung ab. Jedoch sollen wichtige und relevante Informationen, sofort erhoben werden. Weiters gilt, Informationen die in einer Pflegediagnose (ohne Risiko) münden, sind in akutstationären Setting innerhalb von vierundzwanzig Stunden bis maximal achtundvierzig Stunden zu erheben. In der Langzeitpflege hingegen sind alle Informationen innerhalb der ersten 14 Tage bis zu maximal einem Monat zu erfassen. Beim Erheben der Daten können sogenannte Screening-Instrumente eingesetzt werden, um gefährdete Personen sofort zu erkennen und somit in einem weiteren Schritt eine Risikoeinschätzung durchführen zu können (Rappold & Rottenhofer et al 2010).

### **Pflegediagnosen**

Die Pflegediagnosen sind ein Teil des Pflegeprozesses. Weiters dient eine Pflegediagnose als Grundlage für die Ergebnis- und Interventionsplanung sowie für die Evaluation der Ziel- bzw. Ergebniserreichung (NANDA 2013). Ein weiteres Merkmal von Pflegediagnosen ist auch die Verantwortung, die professionell Pflegende im Bereich der Forschung übernehmen: So erforschen diese diverse gesundheitsbezogene Zustände (z.B. erhöhte Körpertemperatur), Risiken und Entwicklungspotenziale (Gordon 2013). Pflegediagnosen führen zu mehr Transparenz bei Pflegeleistungen im Gesundheitsbereich und sind auch ein Erfordernis für eine einheitliche Fachsprache. Schlussendlich kann gesagt werden, dass Pflegende auch als Diagnostizierende agieren. Daher wurde auch die Bezeichnung „Pflegediagnose“ eingeführt (NANDA 2013).

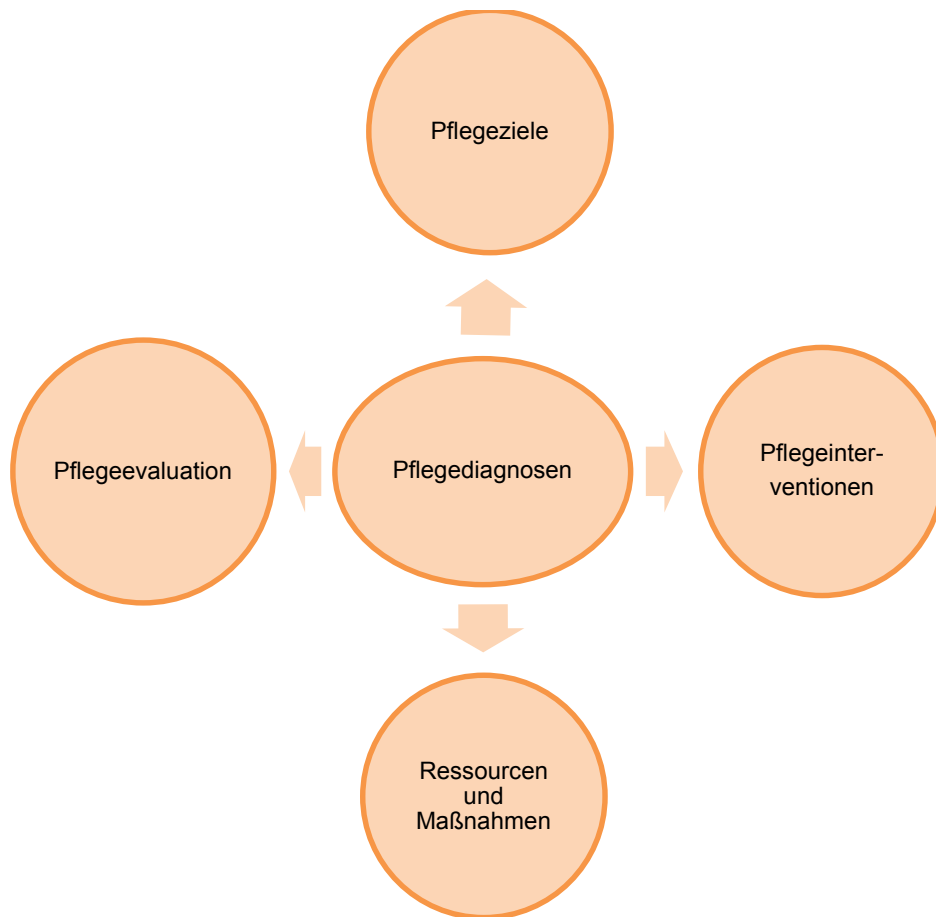


Abbildung 2: Ausgangspunkt Pflegediagnosen (Staub & Georg et al 2013).

Die Anzahl der Pflegediagnosen ist primär von der geplanten Aufenthaltsdauer abhängig. Es ist durchaus möglich, dass Probleme und Pflegebedürfnisse existieren, eine Bearbeitung dieser innerhalb der Aufenthaltsdauer jedoch nicht möglich ist, und in diesem Fall keine Pflegediagnose gestellt wird. Es gibt aber auch umgekehrte Situationen, bei denen zunächst keine pflegerischen Probleme vorliegen, aber im Laufe des Krankenhaus oder Pflegeheimaufenthaltes neue Situationen entstehen können, die zu einer Pflegediagnose führen. Wenn tatsächlich kein pflegerisches Problem vorliegt, werden keine Pflegediagnosen gestellt (Rappold & Rottenhofer et al 2010).

Pflegediagnosen lassen sich in drei Ebenen definieren:

1. *Konzeptionell*, d.h. was versteht man unter Pflege und wie definiert man den Gegenstand von Pflege (Pflegeverständnis).

2. *Kontextuell*, in welchen Prozess sind Pflegediagnosen eingebaut und wie sind sie verknüpft mit anderen Elementen des Prozesses (Pflegeprozess).
3. *Strukturell*, welche Arten von Pflegediagnosen gibt es und wie sind diese aufgebaut (Staub & Georg et al, 2013).

Eine bekannte Definition der NANDA International lautet:

Eine Pflegediagnose ist ein klinisches Urteil der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme bzw. Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Basis, um Pflegeinterventionen auszuwählen, um Ergebnisse zu erreichen für die Pflegepersonen verantwortlich sind (NANDA 2013).

Wie oben bereits erwähnt, werden die Ziele in Ebenen beschrieben.

Die *konzeptionelle Definition* besagt, dass Pflegende, Patientinnen und Patienten sowie Familien über die gesamte Lebensspanne betreuen, beraten und überwachen. Das Hauptaugenmerk wird darauf gelegt, die Gesundheit sowie das Wohlergehen von Individuen und Familien zu erhalten und zu fördern. Weiters werden Familien und Individuen dabei unterstützt, unabhängig und selbstbestimmt Aktivitäten des täglichen Lebens zu bewältigen. Bei kurz auftretender beeinträchtigter Unabhängigkeit werden Individuen und Familien dabei unterstützt, betreut und beraten um ihre Selbstständigkeit wieder zu erlangen. Pflegende greifen auf ihr Wissen über (patho-)physiologische, behandlungs-entwicklungs- und umgebungsbezogene sowie psychosoziale, politisch-ökonomische, kulturelle und spirituelle Einfluss- und Risikofaktoren zurück, welche das unabhängige Ausführen, Gestalten sowie Bewältigen von Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens fördern oder behindern. Anders betrachtet sorgen Pflegende dafür, dass Individuen und Familien, ungestört deren Gesundheitsverhaltensmuster ausleben und entwickeln können. Darüber hinaus sollen gestörte gesundheitsbezogene Verhaltensmuster mit Hilfe von Pflegediagnosen erkannt, benannt und behandelt werden. Die *strukturelle Definition* einer Pflegediagnose, welche Diagnose-Typen es gibt, wie diese aufgebaut sind und dokumentiert werden (Staub & Georg et al, 2013).

## Die Struktur der Pflegediagnosen

Es können unterschiedliche Arten von Pflegediagnosen für die Beschreibung der Patientensituation verwendet werden. Diese unterscheiden sich in ihrer Struktur und in ihrer Dokumentationsform. Die NANDA hat fünf Gruppen von Pflegediagnosen definiert:

- Aktuelle Pflegediagnosen
- Risiko Pflegediagnosen
- Verdachts-Pflegediagnosen
- Syndrom- Pflegediagnosen
- Gesundheits-/Wellness-Pflegediagnosen (Eveslage 2006)

*Aktuelle Pflegediagnosen* beschreiben klinische Beurteilungen menschlicher Erfahrungen oder Reaktionen auf Gesundheitszustände oder Lebensprozesse, die bei Individuen, Familien oder Gemeinschaften vorkommen. Diese sind dreiteilig und enthalten die Diagnosentitel und -definition, einen oder mehrere Einflussfaktoren und die zutreffenden Symptome (Staub & Georg et al, 2013).

*Risikopflegediagnosen* beschreiben klinische Beurteilungen menschlicher Erfahrungen oder Reaktionen auf Gesundheitszustände oder Lebensprozesse, die sich mit hoher Wahrscheinlichkeit bei verletzlichen Individuen, Familien oder Gemeinschaften entwickeln können. Sie sind in ihrer Struktur zweiteilig und bestehen aus: Diagnosentitel, -definition und Risikofaktoren, welche zu einer erhöhten Verletzlichkeit führen können (Staub & Georg et al, 2013).

*Verdachtspflegediagnosen* beschreiben ein vermutetes Problem, für das zum betreffenden Zeitpunkt keine ausreichenden Daten vorliegen. Im weiteren Behandlungsprozess wird die Diagnose entweder durch weitere Daten gesichert und in eine aktuelle Diagnose umgewandelt, oder sie fällt weg, weil sich der Verdacht nicht bestätigen konnte (Eveslage 2006).

*Syndrom-Pflegediagnosen* beschreiben klinische Beurteilungen eines Bündels von Pflegediagnosen. Eine Syndrom- Pflegediagnose ist einteilig und besteht aus Diagnosentitel/-definition und zwei oder mehr Pflegediagnosen, welche als bestimm-

mende Merkmale dienen. Es können beeinflussende Faktoren eingeschlossen werden, falls diese zur Klarheit der Diagnosen beitragen (Staub & Georg et al, 2013).

*Gesundheits-/Wellness-Pflegediagnosen* beschreiben klinische Beurteilungen der Motivation und des Wunsches eines/r Individuums, Familie oder Gemeinschaft, Wohlbefinden zu erhöhen und menschliches Potenzial zu fördern; diese werden in der Bereitschaft, spezifisches Gesundheitsverhalten zu verbessern, ausgedrückt und können in jedem Gesundheitszustand eingesetzt werden (NANDA International 2013).

**Struktur der aktuellen Pflegediagnosen****Pflegediagnosetitel (PD)**

Beeinträchtigte Mundschleimhaut

**Ätiologie (Ursache)**

Erkrankung der Mundhöhle (Tumor)

Verminderte Speichelproduktion durch Bestrahlung

**Symptom (Kennzeichen)**

Mundtrockenheit

Schmerzen in der Mundhöhle

**Struktur der Risikodiagnosen****Pflegediagnosetitel (PD)**

Infektionsgefahr

**Ätiologie (Ursache)**

Immunsuppression

**Struktur der Verdachtspflegediagnosen****Pflegediagnosetitel (PD)**

Verdacht auf Körperbildstörungen

**Ätiologie (Ursache)**

Fehlendes Körperteil

**Struktur der Syndrom-Pflegediagnosen****Pflegediagnosetitel (PD)**

Gefahr eines Immobilitätssyndroms (Lähmung)

**Struktur der Gesundheits-/Wellness-Pflegediagnosen****Pflegediagnosetitel (PD)**

Bereitschaft für ein verbessertes Therapiemanagement

**Voraussetzung**

Patient äußert das Verlangen, die Behandlung der Krankheit und die Prävention von Folgeerscheinungen zu bewältigen

Tabelle 1: Die Struktur der Pflegediagnosen (Eveslage 2006)



Relevanz dieser Arbeit darin, wie sich Pflegediagnosen und ihre Verwendung im Akut- und Langzeitbereich bei geriatrischen Patienten bei gleichen Pflegephänomenen auswirken.

Ein Akutbereich ist ein Bereich im Krankenhaus, wo Patientinnen und Patienten eine plötzliche Erkrankung erfahren und daher in Behandlung sind. Ein Langzeitbereich hingegen ist ein Bereich im Krankenhaus bzw. Pflegeheim, wo bestimmte Patienten Therapien erhalten bzw. weiterversorgt werden nach Abschluss der Akutversorgung. Der Schwerpunkt liegt in diesen Bereich auf der Rehabilitation (Hein 2011).

Ein geriatrischer Patient ist in der Regel mindestens 65 Jahre alt und weist eine geriatritypische Multimorbidität auf, dieser Patient weist mindestens zwei Merkmalkomplexe auf, z.B. Mobilitätsstörung, Sturzneigung/Schwindel, kognitive Defizite oder auch Seh-/Hörstörungen. Dadurch ist die selbstständige Ausübung der bisherigen Alltagsaktivitäten beeinträchtigt (Krupp 2013).

Pflegephänomen ist ein Aspekt der Gesundheit, der Pflegeinterventionen erfordert. In der Literatur versteht man unter Pflegephänomen auch Synonyme für Pflegeproblem oder Pflegediagnose (Mayer 2011).

### **1.3 Ziel und Fragestellung**

Eine adäquat ausgewählte Pflegediagnose stellt eine wichtige Grundlage für den pflegerischen Alltag einer Pflegeperson dar und dient dazu, genau zu planen, konkrete Ziele zu setzen und angemessene Interventionen auszuwählen. Ziel dieser Arbeit ist es, mit Hilfe einer Literaturrecherche in den Datenbanken „Current Index to Nursing and Allied Health“ (Cinahl) und „Public MEDLINE“ (Pubmed) die Bedeutung von Pflegediagnosen im geriatrischen Bereich der Akut- und Langzeitpflege darzustellen und herauszufinden, welche Pflegediagnosen in diesen Bereichen am häufigsten verwendet werden. Daraus resultiert folgende Forschungsfrage: Welche Pflegediagnosen zeichnen sich in aktuellen Studien von geriatrischen Patienten im Akut- und Langzeitbereich bei sichtlich gleichen Pflegephänomenen ab?

## **2 Methode**

### **Literaturrecherche**

Um eine Literaturrecherche durchzuführen und die Forschungsfrage gezielt beantworten zu können, kamen die Datenbanken Pubmed und Cinahl zum Einsatz. Die Suche nach Studien, welche für die Forschungsfrage relevant waren, fand im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2015 statt. Die Schlüsselbegriffe: nursing diagnoses, geriatric, elderly wurden definiert und wie folgt in der Suchmaske eingegeben ((nursing diagnos\*[Title/Abstract]) AND elder\*[Title/Abstract]) OR geriatric patient[Title/Abstract].

Weiters verknüpfte man diese mit dem Boolean Operator „AND“ und verwendete eine Trunkierung (\*).

Um die Suche in den Datenbanken einzuschränken, mussten Limitationen angewandt werden, um sicherzustellen, dass die Studien nicht älter als 10 Jahre sind und die Zielgruppe bei über 65 Jahre liegt.

Mit dieser Suchstrategie konnten 278 Studien gefunden werden, wobei nach Entfernung von Duplikaten 276 übrig blieben. Danach erfolgte ein Titel und Abstract Screening, womit die Anzahl der Studien sich um 246 verringerte, weil diese nicht für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant waren. Die verbleibenden 30 Studien wurden auf ihre Volltexteignung beurteilt und daraus resultierend konnten weitere 25 Studien ausgeschlossen werden. Schlussendlich kamen fünf Studien in Frage, welche man mit den richtigen Bewertungsbogen nach Davis & Logan (2008) beurteilte.

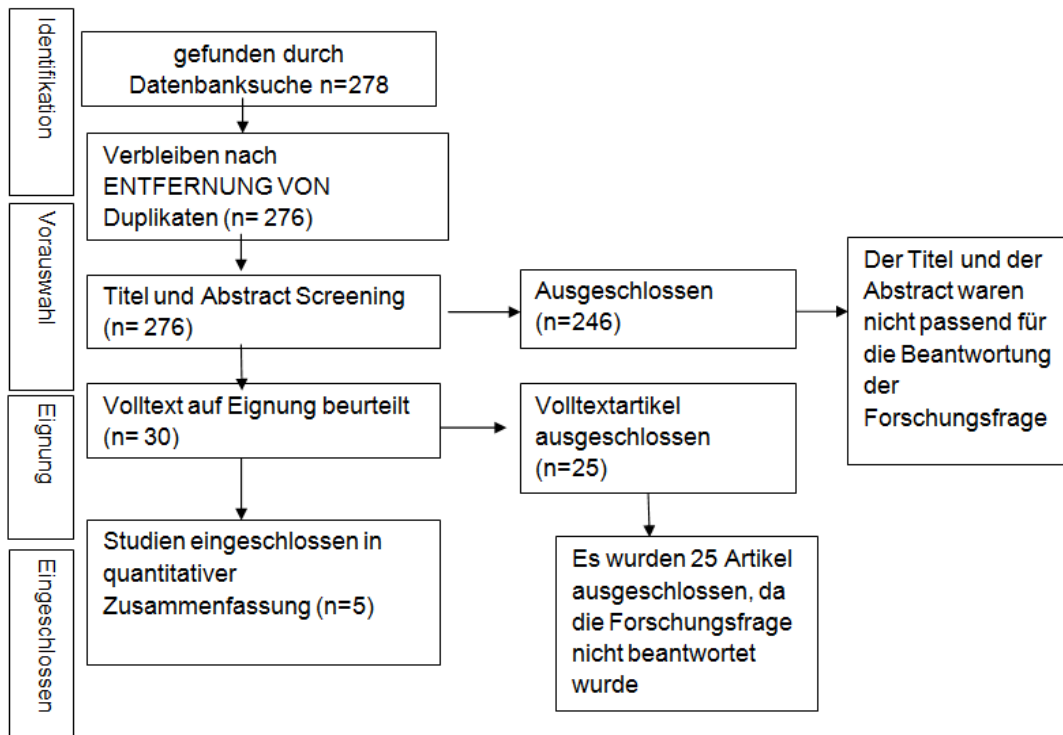


Abbildung 3: Flow Chart

Tabelle 2 : Übersicht der inkludierten Studien

Titel	AutorInnen	Jahr	Methode/Design	Stichprobe und Setting	Ergebnisse
Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey	Elem Kocaçal Güler, MSc, RN* et al.	2011	Pilotstudie, es wurde ein Fragebogen verwendet, welcher bei früheren Studien schon verwendet wurde.	74 ältere Patienten Altenheim und Rehabilitationscenter in der Aegean region Türkei	Unwirksames Rollenverhalten Sturzgefahr  Beeinträchtigte körperliche Mobilität
Nursing diagnoses identified in records of hospitalized elderly	Diego Dias de Araújo et al.	2013	Deskriptive Querschnittsstudie	49 ältere Patienten Öffentliches Lehrkrankenhaus in Belo Horizonte, Minas Gerias Brasilien	Infektionsgefahr  Beeinträchtigte körperliche Mobilität  Hautschädigung
Measuring Elderly Care Through the Use of a Nursing Conceptual Model and the International Classification for Nursing Practice®	Davide Ausili, RN,MSN, PhD et al.	2012	Querschnittsstudie	Gelegenheitsstichprobe von 240 älteren Patienten  Krankenhaus in Varese (Norden Italiens) und das Pflegeheim „Molina“ ebenso in Varese	<b>Krankenhaus</b> Infektionsgefahr Hypertonie Risiko einer Arrhythmie <b>Pflegeheim</b> Beeinträchtigte Körperpflege Sturzgefahr Beeinträchtigte körperliche Mobilität
Diagnosis and nursing interven-	Luciana Mitsue Sakanô, Aparecida	2005	Retrospektive Studie	61 ältere Patienten Geriatrischen Trakt	Infektionsgefahr

tions on elderly inpatients*	Yoshie Yoshitome			in einen Universitäts-Krankenhaus in São Paulo Stadt	Beeinträchtigte körperliche Mobilität Unterernährung
Prevalent Nursing Diagnoses and Interventions in the Hospital elder care	Miriam de Abreu Almeida et al.	2008	Querschnittsstudie	1665 Krankengeschichten ältere Patienten Universitäts- Krankenhaus in Süden Brasiliens	Selbstversorgungsdefizit Körperpflege ab 14 Tage Unterernährung ab 14 Tage Infektionsgefahr ab 17 Tage

### **3 Ergebnisse**

#### 3.1 Vorstellung der verwendeten Studien:

Im Ergebnisteil werden nun alle inkludierten Studien vorgestellt. Im Vordergrund stehend, wird besonders auf das Forschungsziel, die Methode und das Ergebnis Wert gelegt. Es erfolgt außerdem die Darstellung der häufigsten Pflegediagnosen in den jeweiligen Bereichen.

#### **Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey (Güler et al 2011)**

##### Forschungsziel

Das Ziel der Studie war es, zu definieren welche die häufigsten Pflegediagnosen älterer Patientinnen und Patienten in einem Pflegeheim und Rehabilitationscenter sind.

##### Methode

Die Stichprobengröße bestand aus 74 Patientinnen und Patienten, wobei das Durchschnittsalter zwischen 75 und 85 Jahren lag. Beteiligt waren 51,35 % Frauen und der Rest waren Männer. Davon waren 68,9 % Witwer und 5,4 % besaßen einen Universitären Abschluss. Weitere 47,3 % verfügten über einen Mittelschulabschluss, 43,2 % waren Analphabeten, 51,4 % weisen keine soziale Sicherheit vor und 13,5 % hatten keine Angehörigen. Diese Studie wurde in einem Pflegeheim und Rehabilitationscenter durchgeführt. Am Beginn waren 90 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Studie beteiligt, jedoch verringerte sich im Laufe der Zeit, aufgrund von Todesfällen die Anzahl um 16 Personen.

Die Ausführung der Pilotstudie erfolgte zwischen April und August 2007. Die Daten der Patientinnen und Patienten wurden mittels Fragebogen erhoben. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass in der Beschreibung der Studie keine Informationen über die Art der Befragung der Analphabeten zu finden sind.

Weiters wurde noch der Fragebogen „Gordons Functional Health Patterns“ für die Datensammlung verwendet, um ein umfassendes Pflegeassessment jeder/m Patientin/Patienten zu gewinnen. „Gordons Functional Health Patterns“ kombinierte man mit dem Assessment für Gerontologie, um den Fragebogen zu stärken und um ihn schlussendlich fertigzustellen. Danach konnte durch zwei externe Forscher mit einem face to face Interview, einer Beobachtung und einer umfangreichen Datenerhebung begonnen werden. Nach der Datenerhebung erfolgte eine Datenanalyse mit SSPS Version 17.0.

Die Studie erkannte die Ethik Kommission der Schule für Gesundheit- und Krankenpflege an der Universität in Izmir, Türkei an.

### Ergebnis

Bei den 165 gestellten Pflegediagnosen waren 74 ältere Patientinnen und Patienten beteiligt. Die häufigsten Pflegediagnosen wurden in den Domänen Aktivität/Ruhe und Wahrnehmung/Kognition festgestellt.

In diesen Domänen wiederum traten die Pflegediagnosen:

- „unwirksame Rollenverhalten“ 86,5 %,
- „unwirksames Gesundheitsverhalten“ 81,2 %,
- „Sturzgefahr“ 77 %,
- „beeinträchtigte Körperliche Mobilität“ 73 %,
- „Beschäftigungsdefizit“ 67,6 %,
- „Selbstversorgungsdefizite“ 60,8 %
- „Beeinträchtigte soziale Interaktion“ 60,8 % am öftesten auf.

Weiters stellte man die am meisten auftretenden Symptome und Probleme von älteren Patientinnen und Patienten, welche Gedächtnisstörungen 58,1 %, Schmerz 39,2 %, Schlaflosigkeit 23 % und Inkontinenz 45,9 % beinhaltete. Das häufigste Auftreten von chronischen Zuständen waren Hypertonie 33,8 % und Herzerkrankungen 16,2 %. Das „unwirksame Rollenverhalten“ steht eng in Verbindung bei Patienten mit Demenz, wobei es eine signifikante Beziehung zwi-

schen Demenz und den Pflegediagnosen „Beeinträchtigte verbale Kommunikation“, „beeinträchtigte Körperliche Mobilität“ und „Selbstversorgungsdefizit“ gibt.

Der Grund für die hohe Anzahl an Demenzerkrankten in dieser Studie besteht darin, dass mehrheitliche Alter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer über 75 Jahre lag. In der untenstehenden Tabelle 3 sind die Ergebnisse übersichtlich dargestellt (Güler et al 2011).

Der Begriff „Sturzgefahr“ wird laut NANDA Taxonomie folgendermaßen definiert: „Risiko der erhöhten Anfälligkeit für Stürze, die zu körperlichen Schäden führen können“ und findet sich in der Domäne Sicherheit/Schutz wieder (NANDA 2013, S. 440).

In der Domäne Aktivität/Ruhe wird die „Beeinträchtigte körperliche Mobilität“ folgendermaßen definiert: „Einschränkung der unabhängigen, zielgerichteten Bewegungen des Körpers oder von einer oder mehreren Extremität(en)“ (NANDA 2013, S 246).

### Häufigkeit der Pflegediagnosen im Langzeitbereich

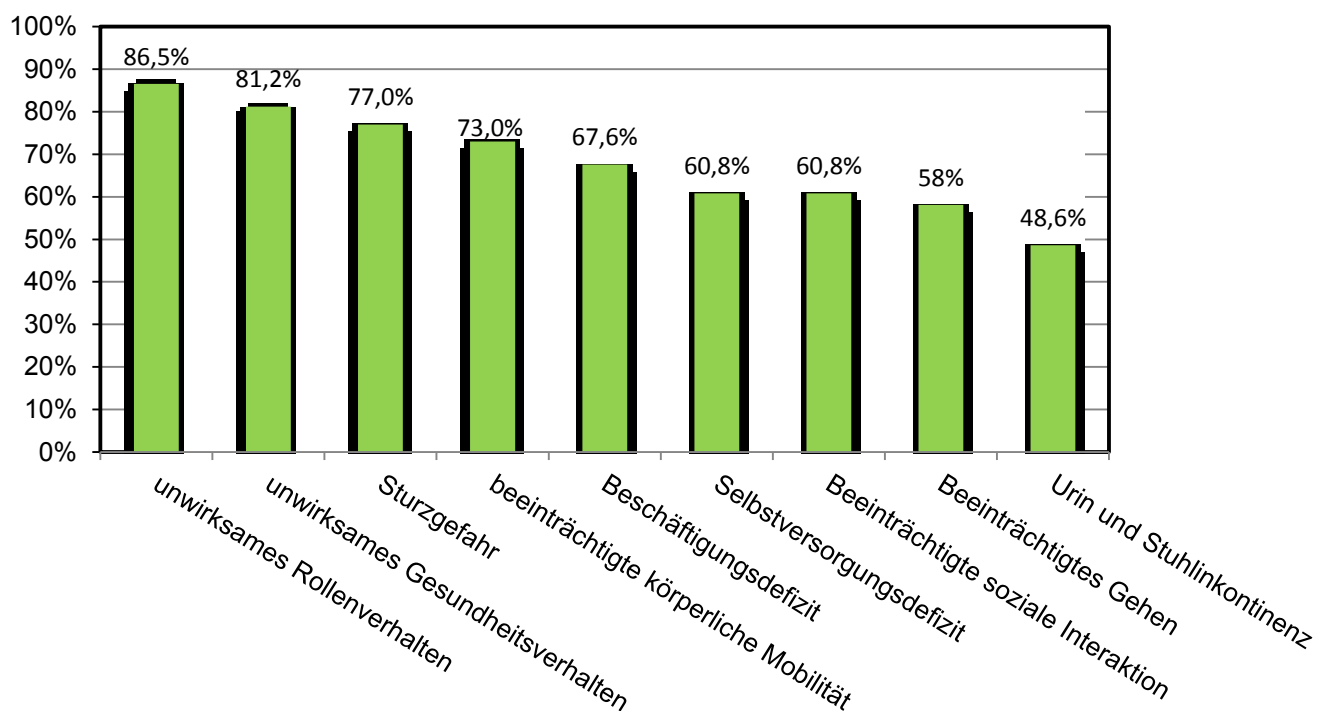


Tabelle 3 Häufigkeit der Pflegediagnosen im Pflegeheim und Rehabilitationscenter

## **Nursing diagnoses identified in records of hospitalized elderly (Araújo et al. 2013)**

### Forschungsziel

Diese Studie zielte darauf ab, die Pflegediagnosen für ältere Patientinnen und Patienten ( $\geq 65$  Jahre), welche im öffentlichen Lehrkrankenhaus der Belo Horizonte Minas Gerais von Jänner bis Juli 2011 untergebracht waren zu beschreiben. Man wollte im speziellen herausfinden, welche Pflegediagnosen, Pflegepersonen am häufigsten einsetzen wenn sie mit den Pflegephänomenen der älteren Patientinnen und Patienten konfrontiert werden.

### Methode

Im Lehrkrankenhaus der Belo Horizonte, Minas Gerias führte man im Zeitraum von Jänner bis Juli 2011 eine deskriptive Querschnittsstudie durch. Innerhalb der Studie bezog man die Daten von den Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten mit ein.

In dem Krankenhaus wurde im Februar 2008 damit begonnen ein Pflegemodell „System of Nursing Care (SNC)“ einzuführen. In dem Studienbereich kam dieses Pflegemodell erst im Juni 2009 zum Einsatz. Die Einschlusskriterien für diese Studie waren ältere Patientinnen und Patienten über 60 Jahre, sowie die Unterbringung in diesem Krankenhausbereich von Jänner bis Juli 2011. Ein wichtiges Kriterium der Studie war die Verfügbarkeit der Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten. Zudem musste jeder dieser Patientinnen und Patienten einen Eintrag einer Pflegediagnose haben, damit mit der Datensammlung im Mai bis August 2012 begonnen werden konnte. In diesem Zeitraum befanden sich 153 Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, jedoch waren nur 112 Krankengeschichten eingeschlossen worden, da diese die Einschlusskriterien erfüllten. Die Untersuchung der vorhandenen Krankengeschichten erfolgte durch einen Forscher. Darüber hinaus hatte man ein spezielles Instrument entworfen, welches wichtig für die Dokumentation folgender Daten war: Geschlecht, Alter, Hautfarbe, Familienstand, Geburtsort, Begleiterkrankungen, Medizinische Diagnosen und Pflegediagnosen

laut NANDA I Taxonomie. Unter der Verwendung von Microsoft Excel wurden die Daten in eine Tabelle eingegeben und in das SPSS Version 20.0 exportiert.

Eine deskriptive Analyse wurde durchgeführt um die Häufigkeit der Pflegediagnosen in diesem Krankenhausbereich zu ermitteln und dadurch ein gezieltes Pflegediagnosenprofil zu erstellen.

Die Studie hat dem Beschluss der Ethik Kommission der Universität Minas Gerasias entsprochen.

### Ergebnis

Von 49 in der Studie eingeschlossenen Krankengeschichten betrug der Anteil an Frauen 53,1 % und an Männern 46,9 %, welche im Alter zwischen 60 und 99 Jahre lagen. Davon waren 51 % verheiratet und hatten eine weiße (49 %) oder schwarze (36,7 %) Hautfarbe, 59,2 % stammten von Belo Horizonte Brasil. Die Begleiterkrankungen waren Herzerkrankungen (83,7 %), Stoffwechselerkrankungen (44,9 %) und Lungenerkrankungen (18,4 %).

Es wurde beobachtet, dass 14 Pflegediagnosen (38,9 %) eine Risiko Pflegediagnose und 22 Pflegediagnosen (61,1 %) eine Allgemeine Pflegediagnose darstellten.

Die häufigsten Pflegediagnosen (>50 % der Patienten) waren:

- „Infektionsgefahr“ (77,6 %),
- „Beeinträchtigte körperliche Mobilität“ (69,4 %),
- „Hautschädigung“ 59,2 %),
- „Sturzgefahr“ 57,1 %),
- „Mangelernährung“ 57,1 %,
- „Gefahr eines instabilen Blutglukosespiegels“ 51 % und
- „Selbstversorgungsdefizit“ 51 %.

Die wichtigsten Ergebnisse werden in der darunterliegenden Tabelle 4 dargestellt (Araújo et al. 2013).

In der Domäne Sicherheit/Schutz wird laut NANDA Taxonomie „Infektionsgefahr“ wie folgt definiert: „Risiko des Eindringens von pathogenen Organismen“ (NANDA 2013, S 419).

In der Domäne Ernährung findet sich die Pflegediagnose „Mangelernährung“ wieder die laut NANDA folgend definiert wird: „Nährstoffzufuhr, die den Stoffwechselbedarf nicht deckt“ (NANDA 2013, S. 196).

Selbstversorgungsdefizite wird laut NANDA folgendermaßen definiert: Beeinträchtigte Fähigkeit, Aktivitäten der Nahrungsaufnahme, des Waschens, des Kleidens und im Zusammenhang mit dem Toilettengang selbstständig aus/durchzuführen oder abzuschließen. Diese Pflegediagnose ist in der Domäne Aktivität/Ruhe zu finden (NANDA 2013).

„Veränderte Epidermis (Oberhaut) und/oder Dermis (Lederhaut)“ wird die Hautschädigung laut NANDA Taxonomie definiert und findet sich in der Domäne Sicherheit/Schutz wieder (NANDA 2013, S. 430).

### Häufige Pflegediagnosen im Akutbereich

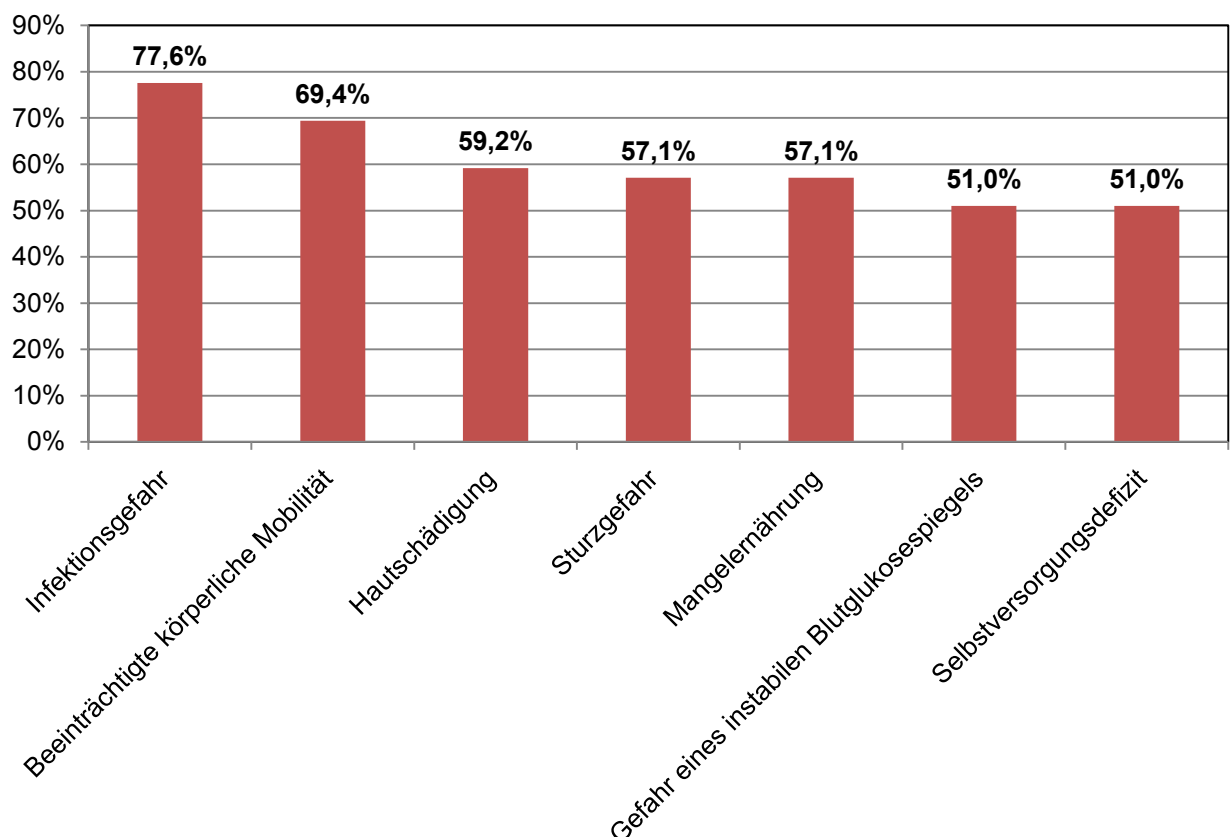


Tabelle 4: Häufige Pflegediagnosen im Akutbereich in Brasilien

## **Measuring elderly Care Through the Use of a Nursing Conceptual Model and the International Classification for Nursing Practice® (Ausili et al. 2012)**

### Forschungsfrage

Das Hauptziel der Studie war es, die Pflegebedürfnisse älterer Patienten für die Krankenpflege im Akut- und Langzeitbereich zu beschreiben und zu vergleichen, in Kombination mit den Ansätzen welche von ICNP und MPI verwendet werden. Die Vorteile einer simultanen Anwendung von ICNP und MPI für die Messung der Pflegepraxis in Italien war das zweite Ziel dieser Studie.

### Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage führte man eine Querschnittsstudie in Varese (ein Ort in Norditalien) durch. Im Rahmen dieser Studie wurde das Cantarelli's conceptual model (MPI) eingesetzt, welches darunter kurz erläutert wird.

Der Grund für die Verwendung dieses Modells, ist die jahrelange Erfahrung bzw. die jahrelange Verwendung des Modells in der Pflegeausbildung und in der Praxis. Dieser langfristige Einsatz des Modells in Italien, hat gezeigt, dass dieses Modell für die Verwendung im Pflegebereich am geeignetsten ist.

In den späten 1980er Jahren entwickelte Cantarelli sein konzeptionelles Modell der operationellen Definition von elf Patientenbedürfnissen mittels einer deduktiven Herangehensweise. Neun dieser Bedürfnisse sind menschliche Grundbedürfnisse (bspw. Nahrung, Hygiene, Bewegung), während das zehnte und elfte Bedürfnis in Zusammenhang mit der Pflegepraxis in Italien steht. Diese Letzten zwei MPI Bedürfnisse beinhalten verordnete klinische Tests, Diagnoseverfahren und spezifische medizinische Diagnosen, welche der Patient schon bei der Aufnahme vorweisen kann. Die letzten beiden Bedürfnisse, bei welchen das Pflegepersonal nicht autonom handeln darf, heißen „Bedürfnisse von Diagnoseverfahren“ und „Bedürfnisse von Therapieverfahren“. Obwohl diese elf Bedürfnisse die ganze Italienische Pflegepraxis darstellen könnte, ist jedoch keine Pflegeklassifikation oder Fachsprache vorher geprüft worden, um die klinische Krankenpflege zu beschreiben gemäß diesem Modell.

Der Mangel am Gebrauch eines Klassifikationssystems beschränkt das MPI in seiner Kapazität, spezifische Pflegephänomene im italienischen Gesundheitsversorgungszusammenhang zu identifizieren.

MPI wird für diese Forschungsfrage nicht verwendet und daher nicht weiter erläutert.

International Classification for Nursing Practice (ICNP) wurde intendiert, als eine Standardisierte Terminologie. Es kann verschiedene theoretische Ansätze oder Klassifikationen mit einbeziehen und dabei Konflikte vermeiden. Darüber hinaus kann es lokale, gesellschaftliche und kulturelle Differenzen vermeiden. Eine Gelegenheitsstichprobe von 240 Patienten bzw. Bewohner aus dem Molina Pflegeheim und dem Varese Krankenhaus führte man durch. Im Pflegeheim waren es 101 Patientinnen und Patienten und im Krankenhaus 139 Patienten die tatsächlich teilgenommen hatten. Die Altersgruppe lag über 65 Jahre.

Es wurden Demographische, epidemiologische und klinische Daten von bereits bestehenden Dokumenten der Patientinnen und Patienten gesammelt. Pflegepersonen haben bei unklarer Dokumentation, welche durch verwendetet Abkürzungen aufgetreten sind, nochmals diese Daten beim Patienten eingeholt und erneut dokumentiert. Die Datensammlung startete im Juni bis Juli 2010. Die ICNP Pflegediagnosen sind in folgende grundlegende MPI Pflegebedürfnisse unterteilt worden: Atmung, Herzkreislauffunktion, Bewegung, Hygiene, sichere Umgebung, Ernährung, Hydratation, Ausscheidung, Kommunikation, Erholung und Schlaf. Für die im Jahre 2011 durchgeführte Datenanalyse verwendete man das MedCalc® Version 12.1.1.

### Ergebnis

Die Pflegediagnose „Infektionsgefahr“ (70,5 %) tritt deutlich häufiger im Krankenhaus auf als im Pflegeheim (13,8 %). „Beeinträchtigt Gehen“ wird im Pflegeheim mit 82,1 % öfters gestellt, verglichen mit dem Krankenhaus (30,2 %).

Weitere häufige Pflegediagnosen im Pflegeheim waren:

- „Beeinträchtigte Körperpflege“ 86,1 %,
- „Sturzgefahr“ 84,1 %,
- „Beeinträchtigte Fähigkeit des Kleidens“ 77,2 % und
- „Urininkontinenz“ mit 68,3 %.

Die Pflegediagnosen welche am öftesten im Krankenhaus vorgekommen waren, lauten:

- „Hypertonie“ 38,8 %,
- „Risiko einer Arrhythmie“ 35,2 %,
- „Dyspnoe“ 32,3 % und
- „Risiko einer Thrombose“ 30,9 %.

Es konnte ein deutlicher Unterschied bei den Mehrfacherkrankungen gesehen werden, welche vermehrt im Krankenhaus aufgetreten sind. Jedoch sind Begleiterkrankungen im Pflegeheim öfter anzutreffen, als im Krankenhaus. Die Verwendung von Pflegediagnosen pro Patient bzw. Bewohner, war im Pflegeheim höher als im Krankenhaus. Die Anzahl der durchschnittlich angewandten Pflegediagnosen war im Pflegeheim höher als im Krankenhaus. Das durchschnittliche Alter lag mit 80 Jahre im Krankenhaus unter dem im Pflegeheim mit 86 Jahre. Patientinnen bzw. Bewohnerinnen wurden häufiger im Pflegeheim versorgt als im Krankenhaus (Ausili, et al. 2012).

Das Ergebnis der Studie bestätigte, auf lange Sicht gesehen, den Einsatz des ICNP Model in Italien.

Die nachstehenden Tabellen, Tabelle 5 Tabelle 6 zeigen die tatsächlichen Unterschiede in den verschiedenen Bereichen nach ICNP.

## Die häufigsten Pflegediagnosen (Krankenhaus - Pflegeheim)

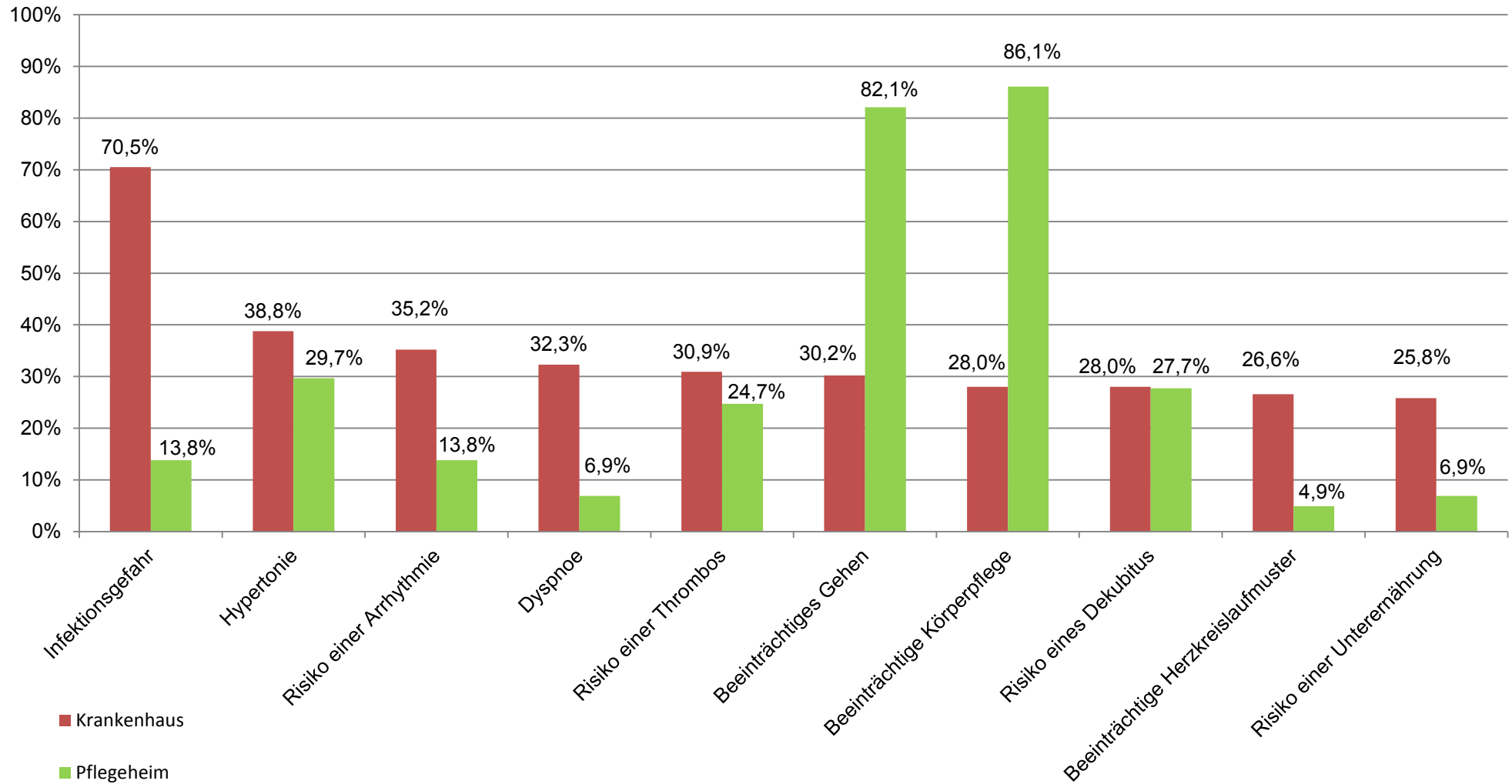


Tabelle 5: Die 10 häufigsten Pflegediagnosen (Krankenhaus - Pflegeheim)

## Die häufigsten Pflegediagnosen (Pflegeheim - Krankenhaus)

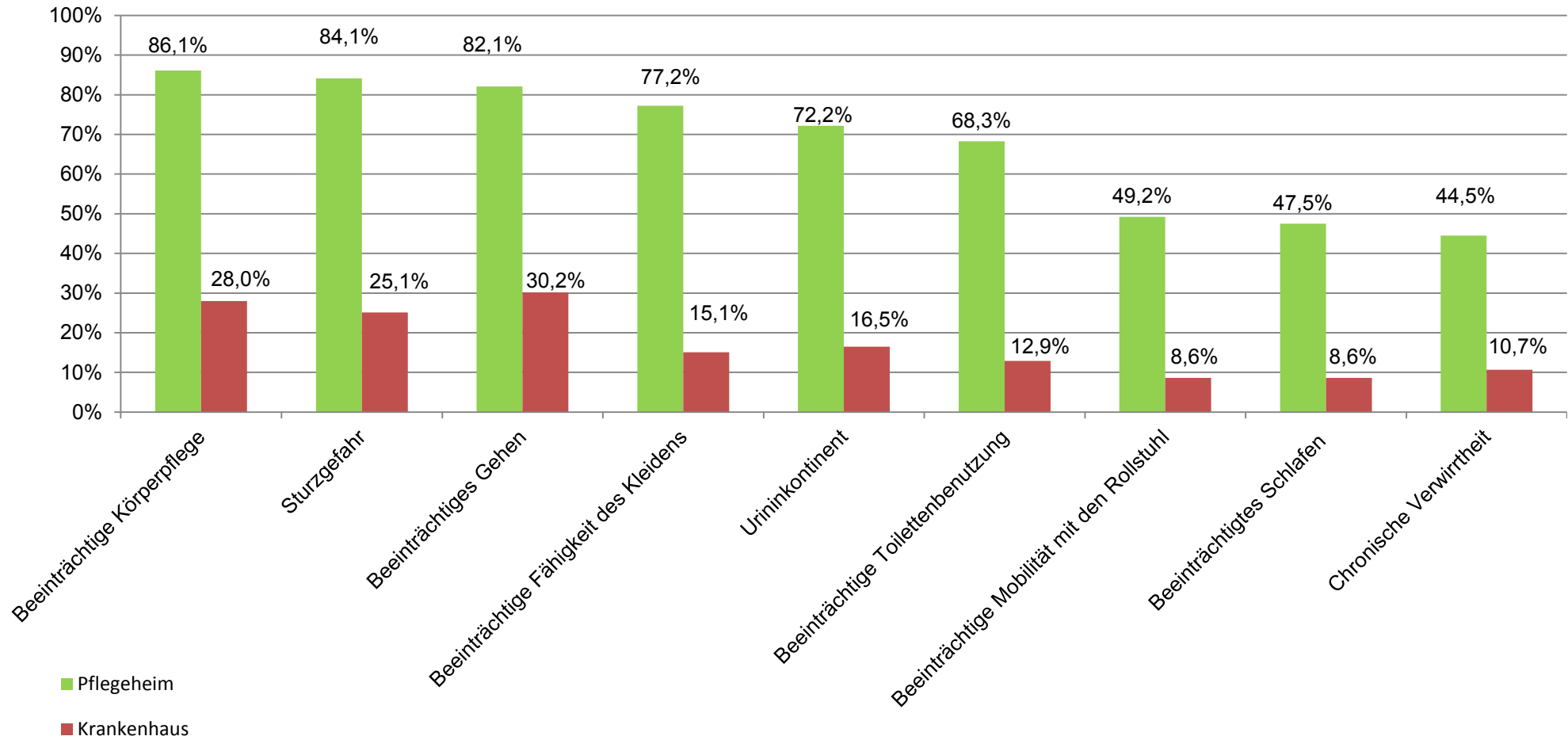


Tabelle 6: Die 10 häufigsten Pflegediagnosen (Pflegeheim - Krankenhaus)

## Diagnosis and nursing interventions on elderly inpatients (Sakano & Yoshitome 2005)

### Forschungsziel

Das Ziel war es, die Festlegung der wichtigsten Pflegediagnosen für ältere stationäre Patientinnen und Patienten in der geriatrischen Abteilung der Universitätsklinik in São Paulo. Darüber hinaus, empfehlende Interventionen für die gekennzeichneten Diagnosen zu stellen.

### Methode

Eine Retrospektive Studie im geriatrischen Bereich der Universitätsklinik in der Stadt São Paulo wurde durchgeführt.

Die Population der Studie beinhaltete ältere (70 – 95 Jahre) stationäre Patientinnen und Patienten, welche im Zeitraum Juni bis Dezember 2000 registriert waren und den „Nursing Care Systematization“ (NCS) Bogen ausgefüllt hatten. Auf das NCS wurde in dieser Studie nicht genauer eingegangen.

Es wurden Sekundärdaten verwendet diese stammen aus einem Spezial entwickelten Dateninstrument (entwickelt von einer Gruppe aus Pflegepersonen, welche spezialisiert waren in Gerontologie) und Daten aus Pflegediagnosen nachdem die Ethik Kommission in São Paulo zugestimmt hatte.

Eine professionelle Pflegegruppe, welche im geriatrischen Bereich spezialisiert war, erstellte die Vorlage für die Datenerfassung. Der Fragebogen konnte erstmals von Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler im geriatrischen Bereich angewendet werden, welche sich im ersten Kursjahr befanden.

Sollte es beim ausfüllen des Fragebogens und des „NCS“ Bogens zu Unklarheiten kommen, so überwachten dies spezialisierte Pflegekräfte und klärten bei Unklarheiten auf. Die NANDA Taxonomie kam zur Anwendung um die Pflegediagnosen und die Pflegeklassifikationen zu bestimmen.

## Ergebnis

An dieser Studie nahmen 61 Patientinnen und Patienten teil, wovon wiederum 33 Frauen und 28 Männer waren. Das Alter variierte zwischen 70 und 95 Jahre. In dieser Studie wurden von den 150 möglichen Pflegediagnosen laut NANDA, 22 Pflegediagnosen gestellt.

Die häufigste Pflegediagnose im Krankenhaus war Infektionsgefahr, darauf folgten weitere einundzwanzig, welche in der nachstehenden Tabelle 7 dargestellt sind (Sakano & Yoshitome 2005).

<b>Pflegediagnosen</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Infektionsgefahr	61	100%
Beeinträchtigte Körperliche Mobilität	30	50,74%
Mangelernährung	27	44,77%
Selbstversorgungsdefizite	26	43,28%
Hautschädigung	25	41,79%
Aktivitätsintoleranz	19	32,83%
Schmerz	17	28,35%
Sensorische Empfindungsstörung	15	26,86%
Risiko einer Verletzung	14	23,88%
Verstopfung	13	22,38%
Diarrhoe	10	17,91%
Beeinträchtigte Kommunikation	10	17,71%
Verwirrtheit	8	17,71%
Urininkontinenz	8	14,99%
Risiko einer Hautschädigung	8	14,92%
Beeinträchtiger Gasaustausch	7	14,92%
Gefahr einer unwirksamen Atemvorgang	6	13,42%
Angst	6	11,94%
Gefahr einer Angehörigen Erschöpfung	5	8,95%
Verminderte periphere Durchblutung	4	7,46%
Risiko eines unausgeglichenen Wasservolumen	4	7,46%
Gestörtes Schlafverhalten	4	7,46%

Tabelle 7: häufigsten Pflegediagnoseverteilung im Universitätsklinikum in der Stadt São Paulo, Brasilien.

## **Prevalent nursing Diagnoses and Interventions in the hospitalized elder care (Almeida et al 2008)**

### Forschungsziel

Die Forschungsziele dieser Studie waren, 1) die häufigsten Pflegediagnosen stationärer Patienten welche in der Praxis angewendet zu erfassen 2) die Pflegediagnosen mit der Dauer des Krankenhausaufenthaltes zu vergleichen 3) die verschriebene Pflegemaßnahme mit den Pflegediagnosen gegenüberzustellen.

### Methode

Hierbei handelt es sich um eine im Jahre 2005, im Süden von Brasilien durchgeführte Querschnittsstudie. Insgesamt wurden 1665 Krankengeschichten von Patientinnen und Patienten, welche über 60 Jahre waren einbezogen. Die Einschlusskriterien definierten sich aus älteren Patientinnen und Patienten, welche in diesen klinischen Bereichen der Universitätsklinik aufgenommen waren. Patientinnen und Patienten wessen Krankengeschichte keine Pflegediagnose beinhaltete, sich keinen chirurgischen Eingriff unterzogen und welche nicht länger als 48 Stunden im Krankenhaus stationär aufgenommen waren, mussten von der Studie ausgeschlossen werden. Mit Hilfe des Computersystems der Institution konnte die Pflegediagnosen und Verordnungen aus dem Register entnommen werden, als auch die demographischen und klinischen Variablen der Patienten. Für die Datenanalyse verwendete man das SPSS Version 12.0. Zu guter Letzt wurde die Studie bei der Ethik Kommission in Brasilien für diese Institution genehmigt.

### Ergebnis

Das Durchschnittsalter betrug ca.  $72 \pm 8$  Jahre, davon waren 54 % Frauen und 89,6 % hatten eine weiße Hautfarbe. Weiters verfügten 43,6 % über einen Mittelschulabschluss und 91,3 % lebten im städtischen Großraum.

Die häufigsten Gründe für einen klinischen Aufenthalt waren die folgenden Krankheiten:

- 28,4 % Kreislaufbeschwerden,
- 17,9 % Gewebserkrankungen und
- 16,6 % Atemerkkrankungen.

Es wurden insgesamt 6800 Pflegediagnosen bei 1665 Patientinnen und Patienten gestellt. Man stellte 62 verschiedene Pflegediagnosen fest, daraus wurden die vier häufigsten abgeleitet.

Die vier häufigsten Pflegediagnosen:

- „Selbstversorgungsdefizit“ aufgetreten in der mittleren Krankenhausaufenthaltsdauer
- „Mangelernährung– Less than Body Requirements“ aufgetreten nach 14 Tagen Aufenthalt
- „unwirksamer Atemvorgang“ aufgetreten nach 15 Tagen
- „Infektionsgefahr“ aufgetreten nach 17 Tagen.

Im Durchschnitt hatte jeder Patient ca. vier Pflegediagnosen, welche sich unterschiedlich widerspiegelten.

Mit 11,7 % liegt die Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit“ deutlich im Vordergrund dieser Studie, danach folgte die PD „Mangelernährung – Less than Body Requirements“ mit 9,4 %. Weiters wurde die Risikopflegediagnose „Infektionsgefahr“ mit 8,6 % gestellt und zum Schluss mit 7,9 % die PD „unwirksamer Atemvorgang“ beschrieben. Je länger der Patient im Krankenhaus war, desto höher war die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Pflegediagnosen dazukommen werden. Die darunter liegende Tabelle 8 soll einen noch genaueren Einblick geben wie sich die Pflegediagnosen im Laufe des Aufenthaltes verändert haben (Almeida et al. 2008).

### Die vier häufigsten Pflegediagnosen ab den 14 Aufenthaltstag

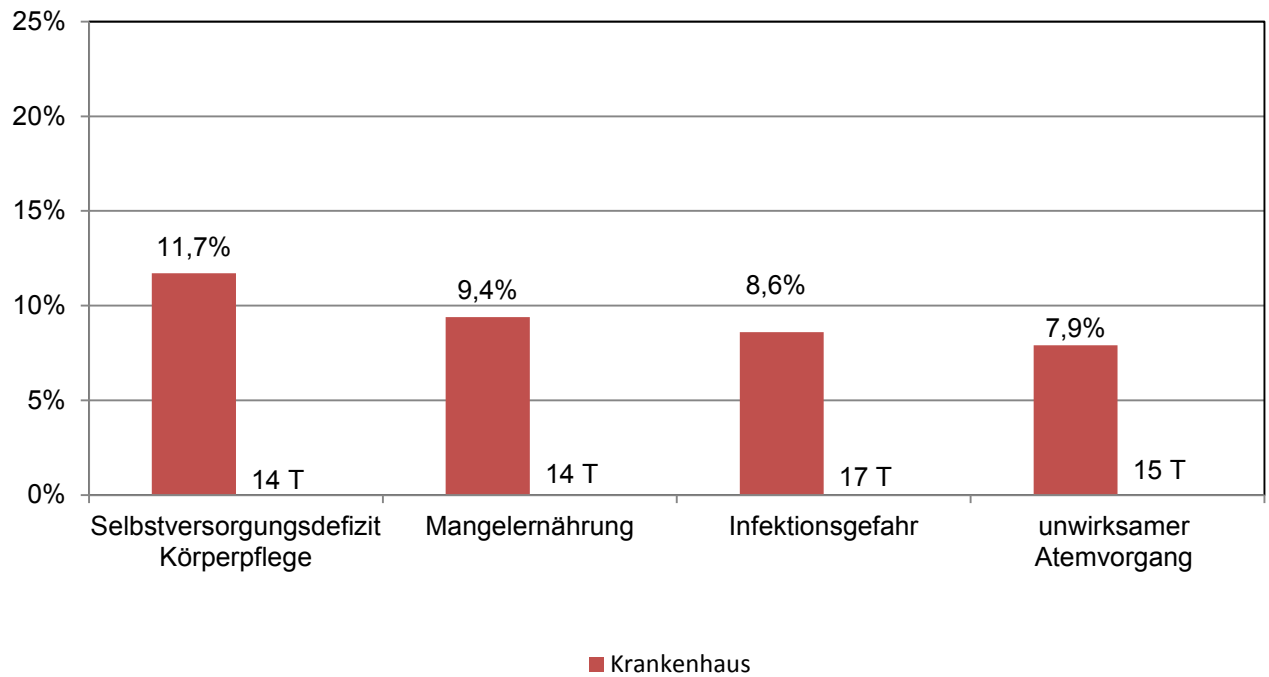


Tabelle 8: Die vier häufigsten PD ab den 14 Tag im Universitätskrankenhaus im Süden Brasiliens

Bei fast allen Studien die hier beschrieben wurden, führte man die Datenanalyse mit SPSS durch. Darüber hinaus stellte jede Studie ihre Ergebnisse übersichtlich in einer Tabelle dar.

## 4 Diskussion

- Welche Pflegediagnosen zeichnen sich in aktuellen Studien von geriatrischen Patienten im Akut- und Langzeitbereich bei sichtlich gleichen Pflegephänomenen ab?

Diese Arbeit wurde verfasst, um die am häufigsten verwendeten Pflegediagnosen im Akut- und Langzeitbereich aufzuzeigen und um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Akut- und Langzeitbereich zu erkennen. Die Literaturrecherche zeigte, dass die Verwendung von Pflegediagnosen im Akut und Langzeitbereich ein breites Spektrum erreicht hat und ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Akut- und Langzeitpatienten derselben Altersklasse erkannt werden kann. Wie in der Einleitung bereits beschrieben, hängen die Pflegediagnosen mit dem gesamten Pflegeprozess, der Pflegeplanung, der Pflegeanamnese und der Evaluierung der Pflegediagnosen zusammen. Aus diesem Grund finden sich auch im Ergebnisteil Studien, welche sich nicht nur auf Pflegediagnosen im Akut- und Langzeitbereich bezogen haben, sondern auch Pflegediagnosen welche sich im Laufe des Krankenhausaufenthaltes verändert haben bzw. dazu gekommen waren. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es im Akutbereich sowie Langzeitbereich zu sehr unterschiedlichen Sichtweisen bezüglich der Verwendung der Pflegediagnosen, bei sichtlich gleichen Pflegephänomenen kommt.

Ein wesentlicher Unterschied liegt darin, dass im Langzeitbereich die Pflegediagnose „Urininkontinenz“ häufig gestellt wird, jedoch im Akutbereich diese kaum Anwendung findet (Ausili et al. 2012, Güler et al. 2011, Sakano & Yoshitome 2005).

Im Akutbereich wiederum werden die Pflegediagnosen „Infektionsgefahr“, „Mangelernährung“ und „Hautschädigung“ oft gestellt. Diese können jedoch im Langzeitbereich aufgrund ihrer Anwendungshäufigkeit vernachlässigt werden.

Die Risikopflegediagnose „Infektionsgefahr“ trat in der Studie Sakano & Yoshitome (2005) mit 100 % auf das heißt diese Diagnose wurde bei jedem Patienten gestellt. In den Studien Araùjo et al. (2013), Ausili et al. (2012) und Almeida et al. (2008) war diese Risikopflegediagnose ebenso häufig vertreten (Sakano & Yoshitome 2005, Araùjo et al. 2013, Ausili et al. 2012, Almeida et al. 2008).

Aus den Studienergebnissen kann entnommen werden, dass die Pflegediagnose „Mangelernährung“ häufig im Akutbereich gestellt wurde. Mit einer Gegenüberstellung der einzelnen Studien kann man erkennen, dass diese Pflegediagnose im Langzeitbereich kaum angewendet wurde (Araújo et al. 2013, Sakano & Yoshitome 2005, Almeida et al. 2008, Ausili et al. 2012, Güler et al. 2011).

Zu dem häufig zur Anwendung kommt die Pflegediagnose „Hautschädigung“, welche größtenteils im Akutbereich aufgetreten war. Eine einzige Ausnahme im Langzeitbereich war die Studie Ausili et al. (2012) (Araújo et al. 2013, Sakano & Yoshitome 2005, Ausili et al. 2012).

Im Akut- und Langzeitbereich konnten Gemeinsamkeiten von Pflegediagnosen bei sichtlich gleichen Pflegephänomenen erkannt werden. Diese spiegeln sich durch die häufige Anwendung der Pflegediagnosen „beeinträchtigte körperliche Mobilität“, „Selbstversorgungsdefizite“ und „Sturzgefahr“ in beiden Bereichen wieder. Klar erkennbare Ähnlichkeiten von diesen Pflegediagnosen im Akut- und Langzeitbereich zeichnet sich in beinahe jeder Studie ab.

Eine der häufigsten gemeinsamen Pflegediagnosen war die „beeinträchtigte körperliche Mobilität“. Diese zählte in vier von fünf Studien zu den am meisten gestellten und verwendeten Pflegediagnosen, ausgenommen war die Studie Almeida et al. 2008, hier wurde diese Pflegediagnose nicht betrachtet (Ausili et al. 2012, Güler et al. 2011, Araújo et al. 2013, Sakano & Yoshitome 2005).

Bei den „Selbstversorgungsdefizit“ Pflegediagnosen konnten durchaus Gemeinsamkeiten zwischen Akut- und Langzeitbereich erkannt werden auch wenn die Anzahl im Akutbereich deutlich unter dem Langzeitbereich liegt. Die Tendenz zu Ähnlichkeiten ist den Studien Ausili et al. (2012), Sakano & Yoshitome (2005), Almeida et al. (2008), Güler et al. (2011) und Araújo et al. (2013) zu entnehmen (Ausili et al. 2012, Güler et al. 2011, Almeida et al. 2008, Sakano & Yoshitome 2005, Araújo et al. 2013).

Weiters konnten Affinitäten bei der Risikopflegediagnose „Sturzgefahr“ festgestellt werden. Dies geht aus den Ergebnissen der Studien Ausili et al. (2012), Güler et al. (2011), Araùjo et al. (2013), Sakano & Yoshitome (2005) hervor (Ausili et al. 2012, Güler et al. 2011, Araùjo et al. 2013, Sakano & Yoshitome 2005).

Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Bevölkerung in Italien, Türkei und Brasilien, jedoch lassen sie sich nicht international übertragen, da diese Bevölkerungsgruppen wohlmöglich andere Bedürfnisse vorweisen, als zum Beispiel Menschen in Österreich oder Deutschland. Die Einschluss- und Ausschlusskriterien sind in allen Studien gut angeführt und können nachvollzogen werden.

### **Stärken und Schwächen**

Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Pubmed und Cinahl, andere Datenbanken wurden nicht herangezogen.

Bei der Studie Güler et al. (2011) wurde eine Pilotenstudie durchgeführt, welche wiederum eine Schwäche aufweist. In der Studie Sakano & Yoshitome (2005) wurde der Begriff „Nursing Care Systematization“ nicht genauer spezifiziert. Schlussendlich wurden nach der kritischen Bewertung lediglich fünf Studien eingeschlossen und diese Ergebnisse präsentiert. Selbst diese Studien zeigten ein paar Schwächen (Güler et al. 2011, Sakano & Yoshitome 2005).

Die Stärken dieser Arbeit lagen in der Aktualität der eingeschlossenen Studien. Kein Artikel ist älter als zehn Jahre und dadurch kann auf den aktuellen Wissensstand für diese Arbeit zurückgegriffen werden.

### **Ausblick**

Bei der Literaturrecherche zu dieser Arbeit wurden lediglich englische Studien einbezogen, da es im deutschsprachigen Raum keine Studien, zur Beantwortung meiner Forschungsfrage, gab.

Die Forschung im deutschsprachigen Raum sollte sich, mehr mit der Forschung auf diesem Themengebiet beschäftigen, da die Relevanz der Pflegediagnosen nicht nur in englischsprachigen Raum immer mehr an Bedeutung gewinnt, sondern auch hierzulande einen wichtigen Stellenwert einnimmt.

Praxisrelevant ist, dass jede Pflegeperson, welche Pflegediagnosen verwendet, deren Definition, die beeinflussenden Faktoren und die bestimmenden Merkmale genau kennt. Dadurch ist eine gezielte Anwendung der Pflegediagnosen bei jedem einzelnen Patienten bzw. Bewohner gewährleistet.

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Praxis ist, dass nicht zu viele Pflegediagnosen gestellt werden, sondern nur die Wichtigsten, welche gezielt zum Patienten bzw. Bewohner passen. Besondere Aufmerksamkeit soll zudem auf Pflegediagnosen gelegt werden, welche nach drei Tagen nicht mehr mit dem Patientinnen und Patienten übereinstimmen. Diese sollten abgesetzt oder auch gegebenenfalls eine neue Pflegediagnose gestellt werden.

## 5 Schlussfolgerung

Das Ziel dieser Arbeit bestand darin, zu erkennen welche Pflegediagnosen sich in ausgewählten Studien von geriatrischen Patienten häufig im Akut- und Langzeitbereich bei sichtlich gleichen Pflegephänomenen abzeichnen. Weiters um herauszufinden, welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Akut- und Langzeitbereich bei denselben Pflegephänomenen bestehen.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass sich Unterschiede ebenso wie Ähnlichkeiten in der Stellung der Pflegediagnosen im Akut- und Langzeitbereichen gezeigt haben und diese durch wissenschaftliche Studien belegt werden konnten.

Auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Studien lassen sich folgende Punkte ableiten.

In den Domänen Aktivität/Ruhe der Pflegediagnosen „beeinträchtigte körperliche Mobilität“ und „Selbstversorgungsdefizit „ ist ersichtlich, dass diese Pflegediagnosen im Akut- und Langzeitbereich gleichermaßen eingesetzt werden. Weiters wird die Risikopflegediagnose „Sturzgefahr“ in den Domänen Sicherheit/Schutz, welche genauso Ähnlichkeiten in beiden Bereichen aufweist eingesetzt.

In dem Akutbereich stellte sich heraus, dass die Risikopflegediagnosen „Infektionsgefahr“ und „Hautschädigung“ in der Domäne Sicherheit/Schutz häufiger Anwendung findet. Weiters wird in diesem Bereich die Pflegediagnose „Mangelernährung“ in der Domäne Ernährung vielfach gestellt.

Im Pflegeheim bzw. Langzeitbereich wird die Pflegediagnose „Urininkontinenz“ in der Domäne Ausscheidung oft eingesetzt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die häufigsten Pflegediagnosen im Akut- und Langzeitbereich ausführlich diskutiert wurden, genauso wie die Differenzen und Gemeinsamkeiten dieser Bereiche.

In dieser Arbeit stellte sich heraus, dass sich Unterschiede im Akut- und Langzeitbereich bei sichtlich gleichen Pflegephänomenen bei der Verwendung von Pflegediagnosen zeigten. Alles in allem kann man nicht davon ausgehen, dass bei gleichen Pflegephänomenen auch tatsächlich unterschiedliche Pflegediagnosen gestellt werden. Im Laufe dieser Arbeit zeigten sich, sowohl Gemeinsamkeiten als auch Differenzen zwischen dem Akut- und Langzeitbereich. Die Gründe für dieses breite Spektrum an Möglichkeiten, zur Stellung einer Pflegediagnose konnten in dieser Arbeit nicht erörtert werden.

## 6 Literaturverzeichnis

Araújo, DD Carvalho, RLR Chianca, TCM 2013, "Nursing diagnoses identified in records of hospitalized elderly", *Invest Educ Entferm 2014*, vol. 32, no. 2, Brazil.

Almeida, MA Aliti, GB Franzen, E et al 2008, "Prevalent nursing diagnoses and interventions in the hospitalized elder care", *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 julho agosto, vol. 16, no. 4: 707-11.

Ausili, D Sironi, C Rasero, L, et al 2012, „Measuring Elderly Care Through the Use of a Nursing Conceptual Model and the International Classification for Nursing Practice®“, *International Journal of Nursing Knowledge*, vol. 23, no 3.

Burns, N Grove, SK & Gray, J 2013, *The practice of nursing research Appraisal, synthesis, and generation of evidence*, 7th Edition, Saunders, Philadelphia, London.

Davis, B Logan, J 2008, *Quantitative Research, The Reader's Companion Worksheet*, [http://www.elseviercanada.com/ReadingResearch/Qualitative\\_Research.pdf](http://www.elseviercanada.com/ReadingResearch/Qualitative_Research.pdf), (20.12.2015).

Dudenredaktion 2013, „*Duden. Die deutsche Rechtschreibung*“, Bibliographisches Institut GmbH, Berlin.

Elem Kocaçal, G Ismet, E Leyla, K et al 2011, "Nursing diagnoses in elderly resident of a nursing home: A case in Turkey", *Third International Nursing Congress, Ankara, Turkey*.

Eveslage, K 2006, *Pflegediagnosen: praktisch und effizient*, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, Deutschland.

Fiechter, V Meier, M 1998, Pflegeplanung, Recom Verlag, Basel.  
<http://www.mdk.de/media/pdf/P42Pflegeprozess.pdf>,(15.12.2015).

Georg, J Abderhalden, C 2014, „3. Von der Theorie zur Praxis – Pflegeassessments, Pflegeplan, Mind-/Concept-Mapping und Dokumentation“, in Müller Staub, M. (Hrsg.), Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen, 5., überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Georg, J Abderhalden, C 2014, „4. Pflegediagnosen – Gegenstand und Hintergründe“, in Müller Staub, M. (Hrsg.), Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen, 5., überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Gordon, M 2013, Handbuch Pflegediagnosen, 5. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Hein, B 2011, Pflege im Gesundheitswesen, in Menche, N (Hrsg.), Pflege Heute, 5. vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer, München.

Kommerell, T 2011, Lebensphase, in Menche, N (Hrsg.), Pflege Heute, 5. vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer, München.

Krupp, S 2013, Geriatrisches Assessment, in Willkomm, M (Hrsg.), Praktische Geriatrie, Klinik – Diagnostik – Interdisziplinäre Therapie, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.

Mayer, H 2011, Pflegewissenschaft, in Menche, N (Hrsg.), Pflege Heute, 5. vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer, München.

Nanda International, 2013, Pflegediagnosen, Definitionen und Klassifikation 2012-2014, 1. Auflage, korrigierter Nachdruck, RECOM GmbH & CO.KG, Deutschland.

Rappold, E Rottenhofer, I Aistleithner, R et al, 2010, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation, 2. Auflage, Wien.

Sakano, LM Yoshitome, AY 2005, „Diagnosis and nursing interventions on elderly inpatients\*“, *Acta Paul Enferm 2007*, vol. 20, no. 4: 495-8, Brazil.

Weiss, S Lust, A 2014, Gesundheits-und Krankenpflegegesetz – GUKG, 7. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Manz'sche Verlags-und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien

## 7 Anhang

### Critical Appraisal “Cross-sectional study”

#### Measuring Elderly Care Through the Use of a Nursing Conceptual Model and the International Classification for Nursing Practice.

##### Title

**The title is as short as possible.**

Der Titel ist sehr lange jedoch verständlich.

**The title is representative of the content of the study (not misleading).**

Der Titel gibt kurz den Inhalt der Studie wieder, dass zwei Modelle beschrieben und verglichen werden.

**The title includes all relevant information (e.g. design, population, setting, the important keywords (concepts or variables)).**

Es sind fast alle Keywords enthalten bis auf “nursing diagnoses“ Die Population, ist enthalten, nur die Methode und der Ort stehen nicht im Titel.

**The key information/ keywords are near to the front of the title.**

Die Keywords stehen in der Nähe des Titels.

##### Abstract

**The abstract is complete ([background], aim, methods, results, conclusion [and recommendations for research and/or practice]).**

Der Abstract ist vollständig es ist alles enthalten, was in einen Abstract stehen soll.

**There are no discrepancies between the abstract and the text.**

Es gibt keine Unstimmigkeiten zwischen Abstract und Text.

**The abstract gives the same impression as the text.**

Der Abstract gibt dieselbe Anmutung im Text wieder.

**The abstract can be understood without reading the article.**

Der Abstract wird verstanden ohne, dass man die ganze Studie zuvor lesen muss. Man versteht um was es in der Studie geht.

## **Introduction**

### **Is the introduction good structured (general – specific)?**

Die Einleitung geht von generell nach spezifisch. Zuerst wird allgemein beschrieben und danach wird es spezifischer.

### **Do the authors provide a rationale for performing the study based on a review of the literature?**

Nein es wird nur kurz beschrieben, dass die Verwendung der Taxonomie Repräsentant ist für die Forschung in klinischen Settings.

### **Do the authors define important KEYWORDS?**

Der Autor hat „MPI und ICNP“ beschrieben.

### **Is the used literature up-to-date (last 5-10 Years)?**

Die Literatur ist am neuesten Stand, es sind zwei Studie von 2002 was wiederum nicht schlimm ist.

### **Is the aim(s) and research question(s) clearly defined?**

Das Ziel der Studie ist genau definiert und ist in einem eigenen Absatz nach der Einleitung zu finden.

## **Methods**

### **Is the method part good structured?**

Die Methode ist sehr gut strukturiert mit Unterüberschriften.

## **Design**

### **Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim?**

***HINT: Consider***

### **Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question?**

Ja diese Art der Datenerhebung beantwortet die Forschungsfragen.

### **Did it address the study question?**

Ja, die Forschungsfrage wird damit angesprochen bzw. gut behandelt.

## **Sample**

### **Is the sample representative of a defined population?**

Es wurden 240 Patienten von Varese in Nord Italien befragt, wobei 139 in einem Krankenhaus befragt wurden und 101 in einem Pflegeheim.

### **Is the sample clearly defined?**

Die Einschlusskriterien sind ältere Patienten über 65 Jahre alt.

### **Is the sampling method probability or nonprobability? Identify the specific sampling method!**

Es ist ein Gelegenheitsampling (nonprobability = nicht Wahrscheinlich) dass heißt, Personen die zur Verfügung stehen kann ich mit einbeziehen somit ist es kein Zufallsprinzip. Dies ist eine schwache Methode um eine Stichprobe auszuwählen, allerdings die häufigste.

### **Did the study have enough participants?**

#### **Consider:**

**if there is a power calculation. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest.**

Eine power Kalkulation dient zur Berechnung der Stichprobengröße, wird in der Praxis oftmals nur mit Hilfe des Internets durchgeführt. Die Studie hatte 240 Teilnehmer, die alle eingeschlossen wurden weil sie das Alter  $\geq 65$  Jahren erreicht hatten.

### **What is the response rate?**

Es gibt keine Rücklaufquote.

## **Setting**

### **What was the study setting?**

Ein Krankenhaus in Norden von Italien und ein Pflegeheim ebenso in Norden Italiens.

## **Measurements**

### **Which data were collected? Which instrument(s) were used?**

Daten: Demographische und epidemiologische und pflegerische Daten wurden gesammelt.

Instrumente: Ein eigenes Instrument für die Datenerfassung wurde gegründet. Eine Statistische Software, MedCalc® version 12.1 wurde verwendet um die Daten zu analysieren.

### **Do they use standardized instruments to collect data?**

Ein eigenes Instrument wurde für die Datensammlung entwickelt.

### **Are the instruments described or referenced?**

Das Instrument wurde nicht genau beschrieben nur oberflächlich.

### **Are the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced?**

Dies bedeutet die Reliabilität, Validität und Objektivität. Ja es wurde beschrieben.

## ***Process of data collection***

### **Is the procedure of data collection clearly described (e.g. time of data collection, place, who performed the data collection, training of data collectors)?**

Ja es wurde genau beschrieben.

## **Analysis**

### **What statistical methods are used to analyze the data?**

MedCalc® version 12.1, MedCal Software, Mariakerke, Belgium.

### **Is the significance level described?**

Ja ist angegeben und beträgt 95%.

## **Results**

### **Is the result section good structured?**

Ja, der Ergebnissteil ist sehr gut gelungen und strukturiert.

### **How the results presented and what is/are the main result(s)?**

Die Verwendung von Pflegediagnosen in Pflegeheim war höher als bei Patienten im Krankenhaus. Die häufigsten Pflegediagnosen im Krankenhaus war Infektionsgefahr, Hypertension, Gefahr einer Arrhythmie, Dyspnoe und beeinträchtigte kör-

perliche Mobilität. Die Häufigsten Pflegediagnosen im Pflegeheim waren; Selbstfürsorgedefizit, Sturzgefahr, Beeinträchtigte körperliche Mobilität, Beeinträchtigte Urinausscheidung, Schlafstörung.

**Do the results answer the research question(s) (aims)?**

Ja die Forschungsfrage wurde beantwortet.

**Are there confidence intervals for statistical estimates included?**

Ja sind einbezogen worden.

**Are the figures and tables appropriate and are they appropriately labeled?**

Sie sind geeignet und gekennzeichnet. Es sind insgesamt 8 Tabellen und alle sind sehr gut erkennbar und nachvollziehbar.

**Do the figures and tables adequately show the important results?**

Die Tabellen zeigen die wichtigsten Ergebnisse und sind sehr übersichtlich dargestellt.

**Are the figures and tables easy to understand?**

Die Tabellen sind sehr verständlich.

## **Diskussion**

**Is discussion good structured (spezific to broad)?**

Der Diskussionsteil ist gut strukturiert von Spezifisch zu Allgemein.

**Are the findings discussed in relation to the original research questions?**

Ja, sind ausführlich diskutiert worden.

**Does the author compare the main findings with results from other studies?**

**Are the results consist with previous research or not (If not, are the inconsistencies explained)?**

Nein, es wurde nicht mit anderen Ergebnissen von anderen Studien verglichen.

**Does the interpretation of results make sense (theoretically, clinical perspective)?**

Ja, die Ergebnisse machen einen Sinn und es werden zwei Model beschrieben was sehr gut ist.

**Does the author note limitations of the study?**

Ja, es sind Einschränkungen angeben und das extra unter den Diskussionsteil.

## Conclusion

**Are the author's conclusions justified by the results found in the study?**

Ja, es ist sehr gut gemacht.

**Does the author give recommendations for further research?**

Ja, der Autor hat weitere Empfehlungen für die Forschung gegeben.

**Does the author give recommendations for nursing practice?**

Ja, der Autor hat auch weitere Empfehlungen für die Pflege gegeben.

## References

**Does the reference list contain errors?**

Nein, es sind keine Fehler enthalten.

**Are there more references than are necessary?**

Nein, die Referenzen sind genau passend (Burns & Grove 2011).

## Critical Appraisal "Cross-sectional study"

### Nursing diagnoses identified in records of hospitalized elderly

#### Title

**The title is as short as possible.**

Der Titel ist sehr kurz und verständlich.

**The title is representative of the content of the study (not misleading).**

Der Titel gibt kurz den Inhalt der Studie wieder.

**The title includes all relevant information (e.g. design, population, setting, the important keywords (concepts or variables)).**

Es sind fast alle Keywords enthalten bis auf "geriatric" und "aged". Die Population, das Setting ist enthalten, nur die Methode ist im Titel nicht beschrieben.

**The key information/ keywords are near to the front of the title.**

Die Keywords stehen am Ende des Abstracts.

## **Abstract**

**The abstract is complete ([background], aim, methods, results, conclusion [and recommendations for research and/or practice]).**

Im Abstract ist vollständig es ist alles enthalten, was in einen Abstract stehen soll.

**There are no discrepancies between the abstract and the text.**

Es gibt keine Unstimmigkeiten zwischen Abstract und Text.

**The abstract gives the same impression as the text.**

Der Abstract gibt dieselben Eindrücke im Text wieder.

**The abstract can be understood without reading the article.**

Der Abstract wird verstanden ohne, dass man vorher den Artikel lesen muss. Man versteht um was es im Text/Artikel geht.

## **Introduction**

**Is the introduction good structured (general – specific)?**

Die Einleitung geht von generell nach spezifisch. Zuerst wird es allgemein beschrieben um was es geht und dann wird es spezifischer.

**Do the authors provide a rationale for performing the study based on a review of the literature?**

Nein es wird keine weitere Literatur bereitgestellt.

**Do the authors define important KEYWORDS?**

Der Autor hat „Nursing diagnoses und NANDA „ beschrieben.

**Is the used literature up-to-date (last 5-10 Years)?**

Die Literatur ist am neuesten Stand, es ist nur eine Studie von 2003 was wiederum nicht schlimm ist.

**Is the aim(s) and research question(s) clearly defined?**

Das Ziel der Studie ist genau definiert und ist am Ender der Einleitung zu finden.

## **Methods**

**Is the method part good structured?**

Es ist zwar alles vorhanden, zur besseren Übersicht hätten allerdings Unterüberschriften angeführt werden können

## **Design**

**Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim?**

HINT: Consider

**Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question?**

Ja diese Art der Datenerhebung beantwortet die Forschungsfragen.

**Did it address the study question?**

Ja, die Forschungsfrage wird damit angesprochen.

## **Sample**

**Is the sample representative of a defined population?**

Es wurden 49 ältere Patienten befragt, was für diese Studie ausreichend war, weil genau diese 49 Patienten alle Einschlusskriterien erfüllt haben.

**Is the sample clearly defined?**

Die Einschlusskriterien sind klar und deutlich definiert.

**Did the study have enough participants?**

Es waren anfangs 153 Patienten zu Verfügung, jedoch konnten nur 112 Krankengeschichten eingeschlossen werden. Am Ende waren es dann tatsächlich 49 Krankengeschichten der Patienten.

**if there is a power calculation. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest.**

Eine power Kalkulation dient zur Berechnung der Stichprobengröße, wird in der Praxis oftmals nur mit Hilfe des Internets durchgeführt. Die Studie hatte vorerst 112 Partizipanten, es wurden aber nur 49 Partizipanten eingeschlossen, weil nur diese die Einschlusskriterien erfüllt haben.

**What is the response rate?**

Wurde nicht diskret angegeben. Die Rücklaufquote wird jedoch in Prozent angegeben.

## **Setting**

**What was the study setting?**

Ein öffentliches Lehrkrankenhaus der Belo Horizonte Minas Gerais, wo ältere Patienten  $\geq 60$  befragt wurden.

## **Measurements**

### **Which data were collected? Which instrument(s) were used?**

Daten: Geschlecht, Alter, Familienstand, Hautfarbe, Herkunftsort, Begleiterkrankungen, Medizinische Diagnosen und Pflegediagnosen.

Instrumente: Ein eigenes Instrument wurde verwendet um die oben stehenden Daten zu dokumentieren. Die Daten wurden im Microsoft Excel erfasst und exportiert in SPSS.

### **Do they use standardized instruments to collect data?**

Ja, wurde verwendet.

### **Are the instruments described or referenced?**

Das Instrument wurde nicht genau beschrieben nur oberflächlich.

### **Are the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced?**

Dies bedeutet die Reliabilität, Validität und Objektivität. Nein es wurde nicht erwähnt.

## **Process of data collection**

### **Is the procedure of data collection clearly described (e.g. time of data collection, place, who performed the data collection, training of data collectors)?**

Ja es wurde genau beschrieben.

## **Analysis**

### **What statistical methods are used to analyze the data?**

SPSS, Version 20.0.

### **Is the significance level described?**

Ist nicht angegeben.

## **Results**

### **Is the result section good structured?**

Ja, es wurde sehr gut strukturiert.

### **How the results presented and what is/are the main result(s)?**

Die häufigste Pflegediagnosen waren Infektionsgefahr mit 77%, Beeinträchtigte körperliche Mobilität 69,4%, Hautschädigung 59,2%, Sturzgefahr 57,1%, Mangel-

ernährung 57,1%, Gefahr eines instabilen Blutglukosespiegels 51% und Selbstversorgungsdefizit 51%.

**Do the results answer the research question(s) (aims)?**

Ja die Forschungsfrage wurde beantwortet.

**Are there confidence intervals for statistical estimates included?**

Nein sind nicht einbezogen worden.

**Are the figures and tables appropriate and are they appropriately labeled?**

Sie sind geeignet und gekennzeichnet. Die Tabelle 1 zeigt die Daten der Patienten und die Tabelle 2 zeigt die Pflegediagnosen Domäne.

**Do the figures and tables adequately show the important results?**

Die Tabellen zeigen die wichtigsten Ergebnisse und sind sehr übersichtlich.

**Are the figures and tables easy to understand?**

Sind sehr leicht zu verstehen.

**Diskussion**

**Is discussion good structured (spezific to broad)?**

Der Diskussionsteil ist gut strukturiert von Spezifisch zu Allgemein.

**Are the findings discussed in relation to the original research questions? Ja**  
die Ergebnisse wurden diskutiert.

**Does the author compare the main findings with results from other studies?**

**Are the results consist with previous research or not (If not, are the inconsistencies explained?)?**

Ja es wurden die Hauptergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen.

**Does the interpretation of results make sense (theoretically, clinical perspective)?**

Die Ergebnisse der Studie ergeben eine theoretisch sowie auch eine klinische Perspektive.

**Does the author note limitations of the study?**

Es wurden Einschränkungen bemerkt.

**Conclusion**

**Are the author's conclusions justified by the results found in the study?**

Ja es wurde sehr allgemein gehalten.

**Does the author give recommendations for further research?**

Der Autor hat weitere Empfehlungen bzw. Vorschläge gegeben.

**Does the author give recommendations for nursing practice?**

Es wurden nicht gezielt Vorschläge für die Pflege gegeben, nur für weitere Forschung.

**References**

**Does the reference list contain errors?**

Nein es sind keine Fehler enthalten.

**Are there more references than are necessary?**

Nein es ist genau passend (Davis & Logan 2008).

**Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A Case in Turkey**  
**Quantitative studies**

**Title**

**Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)**

Im Titel sind alle relevanten Informationen enthalten, bis auf die Methode.

**Does the title reflect the content of the whole text?**

Der Title spiegelt sich im ganzen Text wieder

**Abstract**

**What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?**

Es wird kurz beschrieben, was das Ziel der Studie ist, die Methode, die Resultate und zum Schluss die Schlussfolgerung. Es ist nicht das Design enthalten.

**Can the abstract be understood without reading the whole text?**

Man versteht den Abstract sehr gut, man muss nicht den ganzen Text lesen um zu wissen um was es geht.

**Are there inconsistencies between abstract and the text?**

Es gibt keine Widersprüche zwischen Abstract und Text.

## **Introduction**

### **What parts can be read out of the introduction? What is missing?**

Es ist alles was wichtig ist in der Einleitung, es fehlt nichts.

### **What is the research problem?**

Das Ziel der Studie war es, zu definieren welche die häufigsten Pflegediagnosen älterer Bewohnerinnen und Bewohner in einem Pflegeheim und Rehabilitationscenter sind.

### **Does the introduction contain a recent review of the literature?**

Die Einleitung beinhaltet einen Überblick über jüngste Literatur.

### **Is the used literature up-to-date (5-10 years)?**

Es sind fast alle Studien relativ jung, die älteste Studie ist von 1994.

### **Are there definitions mentioned?**

Es sind keine Definitionen erklärt.

What are the central variables? Are there dependent and independent variables (if applicable)?

### ***What is research gap?***

### **What is the purpose of the study and/or the research questions?**

Es sind drei Forschungsfragen angegeben:

What are the nursing diagnoses of the elderly living in a nursing home and rehabilitation center?

Is there any relationship between nursing diagnoses and medical problems of the elderly population?

Is there any relationship between nursing diagnoses and selected descriptive variables of the elder population?

## **Methods**

### **What parts can be read out of the methods section? What is missing?**

Es ist eine Pilotenstudie, daher ist kein Design angegeben.

### **Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?**

Die Methode ist ausreichend beschrieben um die Studie zu wiederholen.

## **Design**

### **What is the research approach? (Methode, Vorgehensweise)**

Die Studie wurde zwischen April bis August 2007 ausgeführt. Sie fand in einen Altenheim/pflege und Reha-Center statt.

### **What is the research design?**

Es gibt kein Design

### **Is the design appropriate for the research questions (purpose)?**

## **Sample**

### **What is the sample?**

Die Stichprobe war, Ältere Menschen mit einen Durchschnittsalter von 76 Jahren.

### **What are the procedures for choosing the sample?**

Die älteren Menschen mussten in diesen Einrichtungen sein und die Einschluss Kriterien erfüllen.

### **Does the procedures for choosing the sample bias the results?**

Nein es gab keine Verzerrungen bei den Ergebnissen.

### **What is the response rate?**

Zu Beginn der Studie waren 90 Teilnehmer, wobei 16 verstorben sind. Es waren tatsächlich 74 Teilnehmer vorhanden.

### **Were there refusals, dropouts or deaths?**

Es sind 16 Teilnehmer während der Datensammlung verstorben.

### **Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?**

Die Stichprobengröße ist ausreichend weil es nur ein sehr kurzer Zeitraum für die Datensammlung war.

## ***Ethical considerations***

### **Is there an approval of the ethical commission?**

Die Studie wurde bei der Ethikkommission anerkannt.

*Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?*

## **Setting**

### **What is the setting for data collection?**

Nursing home elder care and rehabilitationscenter

### **Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?**

## ***Experiment (if applicable)***

Das Setting hätte sich noch auf andere Altenheime oder Rehabilitationscenter richten können.

*What is the intervention?*

*Is the intervention described in sufficient detail?*

Do the participants know whether they received the intervention or not?

**Would it have been possible to blind the participants, the staff and the researchers?**

Nein es war nicht möglich die Teilnehmer oder das Personal zu blenden.

**Are there any other factors related to the intervention, which might have influenced the outcomes?**

Nein es waren keine anderen Faktoren bei den Interventionen, welche die Ergebnisse beeinflusst hätte können.

### **Data collection**

**What is the data collection method?**

Sie verwendeten zur Sammlung der Daten einen Fragebogen für ältere Individuen.

**Is the data collection method reliable and valid?**

Ja die Datensammlung war gültig und zuverlässig, weil sie schon bei vorigen Studien verwendet wurde.

**Is the data collection method appropriate for the research design?**

Es ist angemessen für diese Studie.

**Does the data collection method bias the results?**

Die Datensammlung verzerrte die Ergebnisse nicht.

### **Data analysis**

**What statistical methods are used to analyze the data?**

SPSS Version 17.0 wurde verwendet um die Daten auszuwerten.

**What is the level of significance?**

Der Signifikanzlevel ist  $p < 0,0001$ .

**Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?**

Die Methode der Datenanalyse ist angemessen und hat auch die Forschungsfrage beantwortet.

## **Results**

### **What are the main findings?**

Die häufigste Pflegediagnosen waren unwirksame Rollenverhalten (86,5 %) unwirksames Gesundheitsverhalten (81,2 %), Sturzgefahr (77 %), beeinträchtigte Körperliche Mobilität (73 %), Beschäftigungsdefizit (67,6 %), Selbstversorgungsdefizite (60,8 5), Beeinträchtigte soziale Interaktion (60,8 %).

### **Are the results organized in a way that is easy to understand?**

Die Ergebnisse sind sehr gut geordnet worden, sodass sie gut verständlich sind.

### **Are the tables and figures easy to understand?**

Die Tabellen sind sehr übersichtlich und einfach zu verstehen.

### **Do the results answer the research questions (purpose)?**

Die Ergebnisse haben die Forschungsfrage sehr gut beantwortet.

### **Are the results present in an objective way?**

Die Ergebnisse sind sehr sachlich und präsent.

## **Discussion**

### **What parts can be read out of the discussion? What is missing?**

Man kann heraus lesen, dass es wichtig ist ein ganzheitliches Pflegeassessment durchzuführen um eine gute Pflegediagnose zu erstellen. Es geht von Spezifisch zu Allgemein. Da alle wichtigen Ergebnisse nochmals präsentiert wurden.

### **Does the author compare his main findings with results from literature?**

Der Autor hat seine Ergebnisse nochmal mit zwei weiteren Studien verglichen.

### **Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?**

Der Autor war zufrieden mit seinen Ergebnissen.

### **Does author give implications for nursing practice?**

Es ist wichtig Pflegepersonen zu schulen um die Datenerhebung bei älteren Patienten gut vorzubereiten und situationsmäßige Pflegediagnosen zu stellen.

### **Does author give implications for further nursing research?**

Der Autor gibt Empfehlungen, die Studie mit einer größeren Stichprobe und an anderen Einrichtungen zu wiederholen.

### **What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?**

Der Autor findet dass, die Daten nicht generalisiert werden können da es nur Pflege/Altenheime in Westen der Türkei waren. Da leider keine ähnlichen Einrichtungen in der Zeit der Studie waren.

Meiner Meinung nach, hätte man noch mehr Einrichtungen einbeziehen können. Es war eine Pilotenstudie weil zu wenige Informationen vorhanden waren am Zeitpunkt der Datensammlung.

*What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?*

### **Reference list**

#### **Is there a consistent reference style?**

Die Referenzliste hat einen einheitlichen Stil.

### **Using research results**

#### **Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)**

Ich finde diese Ergebnisse haben Vorteile für die Pflegepraxis, weil man so erkennen kann welche Pflegediagnosen die häufigsten sind in einen Pflege/Altenheim bzw. Rehabilitationscenter.

#### **Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?**

Die Vorteile für die Praxis sind direkt (Davis & Logan 2008)

## **Diagnosis and nursing interventions on elderly inpatients\***

### **Quantitative studies**

#### **Title**

**Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)**

Es stehen alle relevanten Informationen im Titel, jedoch ist die Methode im Titel nicht heraus lesbar.

**Does the title reflect the content of the whole text?**

Der Titel reflektiert im ganzen Text.

#### **Abstract**

**What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?**

Es wird kurz beschrieben, welches Ziel die Studie hat, die Methode, die Ergebnisse, die Diskussion und zum Schluss die Schlussfolgerung. Es ist nicht das Design enthalten.

**Can the abstract be understood without reading the whole text?**

Man versteht den Abstract sehr gut, man muss nicht den ganzen Text lesen um zu wissen um was es geht.

**Are there inconsistencies between abstract and the text?**

Es gibt keine Widersprüche zwischen Abstract und Text.

#### **Introduction**

**What parts can be read out of the introduction? What is missing?**

Es ist alles was wichtig ist in der Einleitung, es fehlt nichts.

**What is the research problem?**

Das Ziel war es, die Festlegung der wichtigsten Pflegediagnosen für ältere stationäre Patientinnen und Patienten in der geriatrischen Abteilung der Universitätsklinik in São Paulo. Darüber hinaus, empfehlende Interventionen für die gekennzeichneten Diagnosen zu stellen.

**Does the introduction contain a recent review of the literature?**

Die Einleitung umfasst die jüngste Literatur.

**Is the used literature up-to-date (5-10 years)?**

Leider ist in dieser Studie die Literatur nicht auf den neuesten Stand.

**Are there definitions mentioned?**

Es wurde leider nicht genau erklärt was das „Nursing Care Systematization“ ist, jedoch wurden kurz die Begriffe NANDA und NIC erklärt.

What are the central variables? Are there dependent and independent variables (if applicable)?

***What is research gap?***

**What is the purpose of the study and/or the research questions?**

Es sind zwei Forschungsfragen angegeben:

- Das Ziel war es, die Festlegung der wichtigsten Pflegediagnosen für ältere stationäre Patientinnen und Patienten in der geriatrischen Abteilung der Universitätsklinik in São Paulo. Darüber hinaus, empfehlende Interventionen für die gekennzeichneten Diagnosen zu stellen.

**Methods**

**What parts can be read out of the methods section? What is missing?**

Die Methode ist sehr kurz und daher sind sehr wenige Informationen enthalten, bezüglich der Datensammlung

**Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?**

Die Methode wurde nicht ausreichend beschrieben um die Studie wiederholen zu können.

**Design**

**What is the research approach? (Methode, Vorgehensweise)**

Die Studie wurde zwischen Juni und Dezember 2000 ausgeführt. Sie fand in einem geriatrischen Krankenhaus in der Stadt São Paulo statt.

**What is the research design?**

Das Design wurde nicht beschrieben

**Is the design appropriate for the research questions (purpose)?**

## **Sample**

### **What is the sample?**

Die Stichprobe war, Ältere Menschen mit einem Durchschnittsalter von 70 bis 95 Jahre.

### **What are the procedures for choosing the sample?**

Die älteren Patienten mussten in den Rahmen ihres stationären Aufenthaltes das NCS Bogen ausfüllen.

### **Does the procedures for choosing the sample bias the results?**

Nein es gab keine Verzerrungen bei den Ergebnissen.

### **What is the response rate?**

Es waren 61 Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei dieser Studie.

### **Were there refusals, dropouts or deaths?**

Es gab keine Verstorbenen.

### **Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?**

Die Stichprobengröße ist ausreichend weil es nur ein sehr kurzer Zeitraum für die Datensammlung war.

## ***Ethical considerations***

### **Is there an approval of the ethical commission?**

Die Studie wurde bei der Ethikkommission anerkannt.

*Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?*

## **Setting**

### **What is the setting for data collection?**

Geriatrisches Krankenhaus in der Stadt São Paulo in Brasilien.

### **Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)? *Experiment (if applicable)***

Das Setting hätte sich noch auf andere geriatrische Krankenhäuser in der Stadt São Paulo richten können.

### **Would it have been possible to blind the participants, the staff and the researchers?**

Nein es war nicht möglich die Teilnehmer oder das Personal zu blenden.

**Are there any other factors related to the intervention, which might have influenced the outcomes?**

Nein es waren keine anderen Faktoren vorhanden um die Ergebnisse zu beeinflussen.

### ***Data collection***

**What is the data collection method?**

Sie verwendeten zur Sammlung der Daten ein Data collection instrument

**Is the data collection method reliable and valid?**

Ja die Datensammlung war gültig und zuverlässig.

**Is the data collection method appropriate for the research design?**

Es ist angemessen für diese Studie.

**Does the data collection method bias the results?**

Die Datensammlung verzerrte die Ergebnisse nicht.

### ***Data analysis***

**What statistical methods are used to analyze the data?**

Ist nicht näher beschrieben.

**Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?**

Die Datenanalyse wurde nicht genauer beschrieben.

### **Results**

**What are the main findings?**

Von 150 Pflegediagnosen bemerkte man 22 Pflegediagnosen. Die häufigste Pflegediagnose im Krankenhaus war Infektionsgefahr.

**Are the results organized in a way that is easy to understand?**

Die Ergebnisse sind sehr gut in einer Tabelle dargestellt worden, sodass man sie sehr gut verstanden hat.

**Are the tables and figures easy to understand?**

Die Tabellen sind sehr übersichtlich und einfach zu verstehen.

**Do the results answer the research questions (purpose)?**

Die Ergebnisse haben die Forschungsfrage sehr gut beantwortet.

**Are the results present in an objective way?**

Die Ergebnisse sind sehr sachlich und präsent.

## **Discussion**

### **What parts can be read out of the discussion? What is missing?**

Es geht von Spezifisch zu Allgemein. Alle wichtigen Ergebnisse wurden nochmals präsentiert und jede PD erklärt.

### **Does the author compare his main findings with results from literature?**

Der Autor hat seine Ergebnisse mit keiner anderen Studie verglichen.

### **Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?**

Der Autor war zufrieden mit seinen Ergebnissen.

### **Does author give implications for further nursing research?**

Der Autor hat keine weiteren Empfehlungen gegeben

### **What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?**

Ich finde, dass der Autor noch mehrere Krankenhäuser einbeziehen hätte können um genauere Ergebnisse zu bekommen.

Meiner Meinung nach, ist die Stichprobe zu klein und es hätte noch mehr Einrichtungen einbezogen werden können.

## **Reference list**

### **Is there a consistent reference style?**

Die Referenzliste hat einen einheitlichen Stil.

## **Using research results**

### **Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)**

Meiner Meinung nach sind diese Ergebnisse sehr relevant für die Praxis, da man erkennen kann welche die häufigsten Pflegediagnosen älterer stationärer Patienten im Akutbereich sind.

### **Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?**

Die Vorteile für die Praxis sind direkt.

**Prevalent nursing diagnoses and interventions in the hospitalized elder care  
(Almeida et al 2005)**

**Dokumentenanalyse**

Im Titel sind alle relevanten Informationen enthalten und der Titel spiegelt sich im gesamten Artikel wieder.

Der Abstract ist kurz und bündig, es wird beschrieben, welches Ziel die Studie hat, die Methode, die Ergebnisse und zum Schluss noch die Schlussfolgerung. Das Design ist nicht enthalten im Abstract. Darüber hinaus kann der Abstract sehr gut verstanden werden und man muss nicht den gesamten Artikel lesen. Es gibt keine Widersprüche zwischen dem Abstract und dem Artikel.

Die Einleitung ist sehr gut gelungen es ist alles enthalten.

Das Forschungsziel dieser Studie ist in drei Schritten aufgeteilt worden um es besser zu verstehen: Die Forschungsziele dieser Studie waren es, 1) die häufigsten Pflegediagnosen stationärer Patienten welche in der Praxis angewendet zu erfassen 2) die Pflegediagnosen mit der Dauer des Krankenhausaufenthaltes zu vergleichen 3) die verschriebene Pflegemaßnahme mit den Pflegediagnosen zu vergleichen.

Es wurde nicht nur die neueste Literatur verwendet, sondern auch Literatur von 1997.

In dieser Studie ist die Methode sehr kurz geraten, sie hätte noch besser ausgeschmückt werden können. Wichtig wäre es wenn genau beschrieben gewesen wäre, wie die Daten gesammelt wurden.

Die Studie wurde 2005 im Süden von Brasilien in einem Universitätsklinikum durchgeführt.

Die Stichprobengröße beinhaltete 1665 Krankengeschichten der Patienten und die Einschlusskriterien waren >60 Jahre alt. Folgende Patientengruppen wurden von der Studie ausgeschlossen, welche sich keinen chirurgischen Eingriff unterzogen, Patientinnen und Patienten wessen keine Pflegediagnosen in der Krankengeschichte hatten und welche nicht länger als 48 Stunden im Krankenhaus stationär waren.

Die Ergebnisse sind nicht Verzerrt geworden. Die Studie entsprach der Ethik Kommission Brasiliens. Weiteres gab es keine Ausfälle bzw. Sterbefälle. Die Stichprobengröße für diese Studie ist genau passend.

Das Setting hätte noch in weitere Krankenhäuser in Brasilien durchgeführt werden können.

Die Teilnehmer oder das Personal konnte nicht geblendet werden.

Die Datensammlung wurde von den bereits bestehenden Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten durchgeführt. Die Datensammlung verzerrte die Ergebnisse nicht. Für die Datenanalyse wurde das SPSS Version 12 verwendet.

Von den 62 PD wurden die vier häufigsten beschrieben. Die häufigste Pflegediagnose in der mittleren Krankenhausaufenthaltsdauer war „Selbstversorgungsdefizit“, nach 14 Tage „Unternährung“, nach 17 Tage „Infektionsgefahr“ und nach 15 Tage „unwirksamer Atemvorgang“ Die Ergebnisse wurde sehr übersichtlich und genau in einer Tabelle dargestellt, dadurch konnte man die Ergebnisse gut verstehen. Weiteres haben die Ergebnisse die Forschungsfrage sehr gut beantwortet.

Der Diskussionsteil geht von Spezifisch zu Allgemein. Alle wichtigen Ergebnisse wurden nochmals präsentiert und jede PD erklärt. Die Ergebnisse wurden mit keiner weiteren Studie verglichen. Der Autor gab keine weiteren Empfehlungen für die Praxis.

Der Autor hätte noch mehrere Krankenhäuser mit einbeziehen können.

Die Referenzliste hat einen einheitlichen Stil und es sind keine Fehler enthalten.

Diese Ergebnisse sind sehr relevant für die Praxis, weil man sehr gut erkennen kann wie sich die Pflegediagnosen in Laufe des Krankenhausaufenthaltes verändern. Aus diesen Ergebnissen kann man gute Erkenntnisse für die Praxis schließen und in weiteren Forschungen belegen warum sich die PD bzw. die Risikopflegediagnose „ Infektionsgefahr“ nach 17 Tage verstärkt zeigt (in Anlehnung an Davis & Logan 2008).