

Bachelorarbeit

Informelle Pflege im Fokus. Gesundheitliche Auswirkungen auf pflegende Angehörige: ein Literaturreview

eingereicht von

Maria Modritsch

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Drⁱⁿ Franziska Großschädl, BSc, MSc

Graz, 11. März 2018

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.“

Graz, 11. März 2018

Modritsch Maria, e.h.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	IV
Zusammenfassung	V
Abstract	VI
1 Einleitung	1
1.1 Informelle Pflege	2
1.2 Motive für die Übernahme der Pflege von Angehörigen	2
1.3 Aktuelle Situation in Österreich	4
1.4 Forschungsziel und Forschungsfrage	8
2 Methoden	9
2.1 Design	9
2.2 Datensammlungsprozess.....	9
2.3 Ergebnisübersicht	13
3 Ergebnisse	17
3.1 Psychische Auswirkungen auf pflegende Angehörige	17
3.2 Körperliche Auswirkungen auf pflegende Angehörige	19
3.3 Gesundheitliche Auswirkungen auf pflegende Angehörige von Pflegebedürftigen mit Demenz	24
4 Diskussion	26
4.1 Psychische Auswirkungen	26
4.2 Körperliche Auswirkungen	28
4.3 Gesundheitliche Auswirkungen auf pflegende Angehörige von Pflegebedürftigen mit Demenz	30
4.1 Forschungsempfehlungen.....	32
4.2 Praxisempfehlungen	33
4.3 Limitationen und Stärken	33
4.4 Schlussfolgerung	35
4 Literaturverzeichnis	36
5 Anhang	VII

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Datensammelprozess.....	10
Tabelle 2: Ergebnisübersicht.....	13
Abbildung 1: Gründe für die Pflgetätigkeit.....	3
Abbildung 2: Flow Chart zur Literaturrecherche.....	12
Abbildung 3: aufgebrauchte Zeit, BMI und Häufigkeit der sportlichen Aktivitäten.....	21
Abbildung 4: Csal-Werte bei pflegenden und nicht pflegenden Angehörigen	23
Abbildung 5: IgA-Werte bei pflegenden und nicht pflegenden Angehörigen	23
Abbildung 6: beeinflussende Faktoren auf die Gesundheit.....	29

Zusammenfassung

Hintergrund: In Österreich pflegen beziehungsweise unterstützen rund 430.000 Personen pflegebedürftige Angehörige in vielen Bereichen des Alltags. Informelle Pflege eines Angehörigen kann viele Auswirkungen haben. In Österreich gibt es zu diesem Thema bis dato nur sehr wenige Studien, die letzte Studie zur Situation pflegender Angehöriger wurde 2005 durchgeführt.

Ziel: Forschungsziel dieser Bachelorarbeit ist es, herauszufinden, wie häusliche Pflege von nahen Angehörigen die Gesundheit der pflegenden Person beeinflusst.

Methoden: Bei dieser Arbeit handelt es sich um ein Literaturreview. Die Literaturrecherche wurde in der medizinischen Datenbank PubMed durchgeführt. Die Studienauswahl wurde auf das Publikationsjahr 2012-2017 beschränkt. Um die Qualität der Studien zu sichern, wurden sie mit Hilfe des Beurteilungsinstruments von Hawker et al. (2002) beurteilt. Es wurden insgesamt acht Studien für dieses Literaturreview herangezogen.

Ergebnisse: Die Studien haben gezeigt, dass die informelle Übernahme der Pflege einer pflegebedürftigen Person Auswirkungen auf die Gesundheit des oder der pflegenden Angehörigen hat. Pflegende Angehörige können unter Depressionen, Angstzuständen und verringertem Selbstbewusstsein leiden. Außerdem zeigt sich ein erhöhter Blutdruck, eine geringere glomeruläre Filtrationsrate bei Frauen sowie eine verringerte Immunabwehr und Stresstoleranz. Mehrere Studien belegen, dass pflegende Angehörige von Personen mit Demenz einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, später selbst an Demenz zu erkranken.

Schlussfolgerung: Abschließend kann gesagt werden, dass pflegende Angehörige von negativen Auswirkungen auf ihre Gesundheit betroffen sind. Um diesen Folgen vorzeitig entgegen zu wirken, ist es wichtig, pflegenden Angehörigen Entlastung zu bieten und Beratung und Betreuung zu geben. Hierbei gilt, auf die individuellen Bedürfnisse des pflegenden Angehörigen einzugehen.

Schlüsselwörter: informelle Pflege, psychische Gesundheit, körperliche Gesundheit, Auswirkungen, Belastung

Abstract

Background: In Austria, around 430,000 people care for and support dependents in many areas of everyday life. Informal care of a loved one can have many effects. Up to now very few studies were carried out about this context, the last study about the situation of informal caregivers was carried out in 2005.

Aim: The aim of this bachelor thesis is to find out how home care of close relatives affects the health of the caregiver.

Methods: This work is a literature review. The literature search was carried out in the medical database PubMed. The selection of studies was restricted to the publication year 2012-2017. To ensure the quality of the studies, they were assessed using the Hawker et al. (2002) assessment tool. Eight studies were included in this review.

Results: The studies have shown that informally taking care of a person in need of care has an impact on health. Caregivers suffer from depression, anxiety, and reduced self-esteem. In addition, there is an increase in blood pressure, a lower glomerular filtration rate in women and a reduced immune defense and stress tolerance. Caring relatives for people who suffer from dementia are at an increased risk of developing dementia themselves.

Conclusion: In conclusion, caregivers are faced with health effects. In order to counteract these effects prematurely, it is important to offer relief to family caregivers and to give advice and care. Therefore it is necessary to respond to the individual needs of the caregiver.

Keywords: informal care, mental health, physical health, impact of caregiving, burden

1 Einleitung

In Österreich pflegen beziehungsweise unterstützen rund 430.000 Personen pflegebedürftige Angehörige in vielen Bereichen des Alltags. Das heißt, dass mehr als 80% der Pflegebedürftigen im eigenen Zuhause gepflegt werden (Pochobradsky, et al., 2005).

Pflegende Angehörige sind nicht nur für die alleinige Pflege verantwortlich, sondern ermöglichen der pflegebedürftigen Person, in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. Sie bilden in der Versorgung von Pflegebedürftigen eine wertvolle Ressource (Blinkert & Klie, 2008), weil sie eine große Entlastung für das Gesundheitswesen und für viele kranke und pflegebedürftige Menschen von existentieller Bedeutung sind. Deshalb sollte das Pflegepotential dementsprechend durch verschiedene Angebote gefördert werden (Budroni & Schnepf, 2010), um den möglichen negativen Folgen auf ihre Gesundheit entgegen zu wirken.

Die Belastungen, die für familiäre Pflegepersonen entstehen, sind weit weniger im öffentlichen Bewusstsein verankert als zum Beispiel die Belastungen familiärer Kinderbetreuung. Hinzu kommen oftmals auch die Doppelbelastungen für Personen, die erwerbstätig sind und ebenfalls informelle Pflegeverpflichtungen haben. Vor allem der demografische wie auch soziokulturelle Wandel deutet auf eine Zunahme des Spannungsfeldes der informellen Betreuung von nahen Angehörigen und der Berufstätigkeit der zu betreuenden Person hin (Jung, et al., 2007).

Laut Blinkert (2007) soll sich die informelle Pflege bis 2050 im Vergleich zum Jahr 2000 um 40% verringern, während sich die Zahl der Pflegebedürftigen verdoppeln wird. Die Familie leistet, neben formellen Betreuungsdiensten, dennoch weiterhin den größten Beitrag in der Pflege von pflegebedürftigen Personen. Ohne sie wäre das derzeitige Pflegesystem nicht aufrecht zu erhalten (Pochobradsky, et al., 2005).

Anhand dieser Ausgangslage beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit den daraus resultierenden möglichen gesundheitlichen Folgen, denen sich betroffene pflegende Angehörige stellen müssen.

1.1 Informelle Pflege

Neben dem Begriff der informellen Pflege werden auch die Synonyme häusliche Pflege, Laienpflege, Familienpflege oder Angehörigenpflege verwendet (Kerres & Seeberger, 2000).

Laut Lademann und Isfort (2014, S. 33) wird informelle Pflege folgendermaßen definiert: Informelle Pflege *„ist die Übernahme von Tätigkeiten, die der Pflegebedürftige allein nicht mehr ausüben kann, und die durch direkte Bezugspersonen ohne pflegerische Ausbildung [...] geleistet werden.“*

Pflegende Angehörige sind dennoch nicht als homogene Gruppe zu sehen. Laut Perrig-Chiello (2012) sind pflegende Angehörige vielmehr „unterschiedliche Akteure und Akteurinnen mit extrem verschiedenen Kontextbedingungen.“

Damit ist gemeint, dass pflegende Angehörige in unterschiedlichen Verwandtschafts- und Bekanntschaftsverhältnissen zu den Pflegebedürftigen stehen können und auch unterschiedlich belastet werden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden nicht nur rechtlich geltende Verwandte als Angehörige verstanden, sondern auch diejenigen, die einen engen Bezug zu der pflegebedürftigen Person hat. So werden unter anderem Partner, Geschwister, Kinder aber auch entfernte Verwandte, Freunde, Bekannte oder Nachbarn berücksichtigt.

Aktuell sind 65-80% der pflegenden Angehörigen Frauen (Pochobradsky, et al., 2005). Gröning et al. (2004) begründen das damit, „dass sich Frauen aufgrund der jetzigen gesellschaftlichen Bedingungen und vor dem Hintergrund der geschlechtsspezifischen Sozialisation dem normativen Anspruch zur Pflegeübernahme schlechter entziehen können als Männer“.

1.2 Motive für die Übernahme der Pflege von Angehörigen

Es gibt verschiedene Gründe, warum Angehörige die Pflege für Pflegebedürftige übernehmen. Diese Motive können grob in zwei Gruppen unterteilt werden:

- Intrinsicische Motive: zu diesen Motiven zählen Gefühle wie Zuneigung und Liebe zum Pflegebedürftigen, wie auch Verantwortungsgefühle, die meist biografisch bedingt sind.

- Extrinsische Motive: dazu gehören etwa fehlende Alternativen zur informellen Pflege zu haben oder finanzielle Notlagen.

Diese Motive werden oft dadurch verstärkt, dass pflegende Angehörige mangelndes Vertrauen in Altersheime beziehungsweise andere Alternativen haben.

Für die meisten pflegenden Angehörigen dient eine pflegerische Betreuung im Pflege- beziehungsweise Altersheim lediglich als Alternative. Sie kommt nur dann in Frage, wenn es zu Hause nicht mehr möglich ist, den Pflegebedürftigen umfassend zu pflegen bzw. Beziehungsprobleme oder unüberwindbare finanzielle Belastungen auftreten (Schroer-Mollenschrott, et al., 2011).

Aus einer Studie in Deutschland (Continental Krankenversicherung a.G, 2016) geht hervor, dass die Mehrheit der Befragten aus Liebe oder Zuneigung (91%) und aus Pflichtgefühl (85%) pflegen. Dies wird auch in Abbildung 1 deutlich. Zu den Gründen zählen aber auch finanzielle Aspekte: Für 64% ist das Pflegeheim oder der Pflegedienst zu teuer. Für 58% ist das Pflegeheim oder der Pflegedienst zu teuer. Für 52% ist das Pflegeheim oder der Pflegedienst zu teuer.

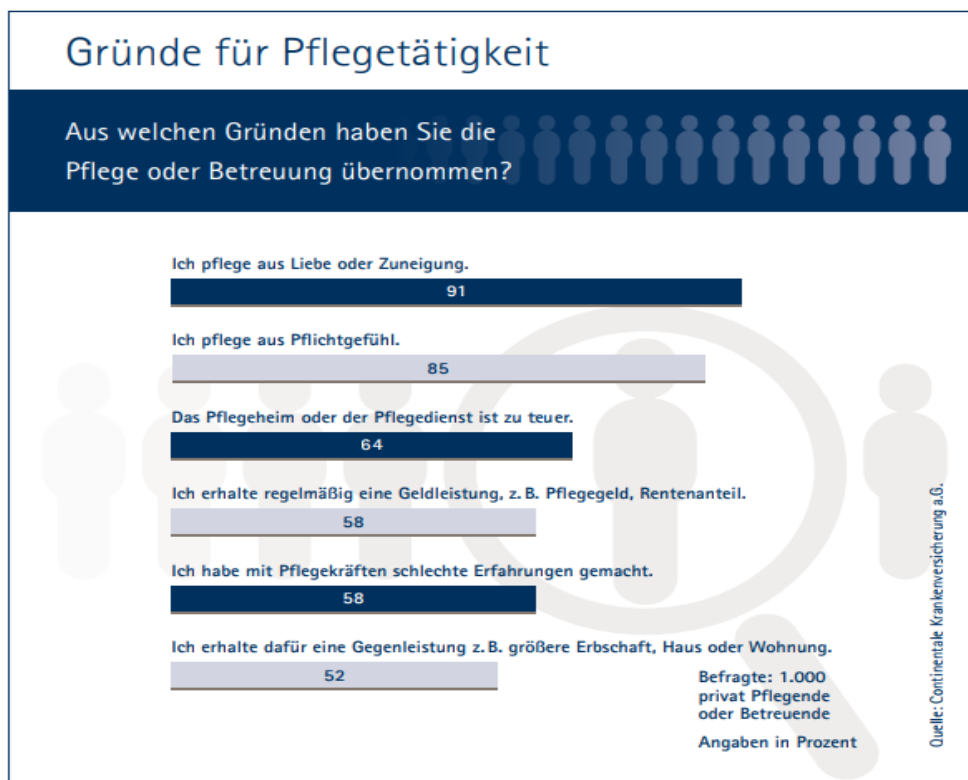


Abbildung 1: Gründe für die Pfllegetätigkeit (Continental Krankenversicherung, 2016)

Sonnleitner (1999) beschreibt 5 unterschiedliche Typen, die aus verschiedenen Gründen die Pflege für Angehörige übernehmen und wie sie mit dieser Tätigkeit umgehen. Diese Beschreibung ist sehr weit verbreitet und wird daher in dieser Arbeit aufgenommen.

- Typ A: Dieser Typ übernimmt aufgrund der starken Bindung zur Familie die Pflegetätigkeiten für eine pflegebedürftige Person. Die Pflegearbeit erlebt die Person positiv und sie kann durch schöne Erinnerungen gut mit der Situation umgehen. Außerdem kann dieser Typ Hilfe von außen akzeptieren.
- Typ B: Dieser Typ übernimmt die Pflege, da es eine tiefe Beziehung zum Pflegebedürftigen gibt. Die belastende Situation kann durch gemeinsame Erinnerungen besser getragen werden, Hilfe von außen wird angenommen.
- Typ C: Die eigene Identität wird in den Hintergrund gedrängt, da es einen Konflikt in der Vergangenheit gibt. Typ C sieht die Pflegetätigkeit als Gegenleistung und Hilfe von außen wird nicht angenommen.
- Typ D: Dieser Typ erfüllt seine Pflegetätigkeit aus reinem Pflichtgefühl heraus. Unterstützung von außen dient einerseits der Entlastung, andererseits wird sie als weiterer Konflikt gesehen. Daher wird Hilfe häufig nicht angenommen.
- Typ E: Dieser Typ besitzt eine gesteigerte Managementfähigkeit und kann emotional distanziert bleiben. Daher wird die Pflegequalität nicht eingeschränkt und dieser Typ nimmt Hilfe von außen an.

1.3 Aktuelle Situation in Österreich

Aktuell pflegen bzw. unterstützen in Österreich ungefähr 450.000 Personen pflegebedürftige Angehörige. Die Pflege durch nahe Angehörige ist in Österreich traditionell sehr wichtig aber deutet gleichzeitig auf Defizite bei der Versorgung von pflegebedürftigen Personen hin (AK Wien, 2014). Mit traditionell ist gemeint, dass es bis heute eher üblich war, pflegebedürftige Personen zuhause zu pflegen.

Wie auch viele andere Länder befindet sich Österreich in einem Wandel zu einer langlebigen Gesellschaft. Der Anteil der über 60-Jährigen soll bis 2030 laut Prognosen von 23,4% auf 32% und im Jahr 2050 auf 37% ansteigen. Besonders ist

ein Anstieg bei den Hochaltrigen (über 80 Jahre) zu erkennen. Derzeit leben in Österreich rund 400.000 über 80-Jährige. Diese Zahl soll bis 2030 auf 650.000 ansteigen und bis zum Jahr 2050 auf über eine Million (Jung, et al., 2007). Diese demografische Entwicklung hat zur Folge, dass informelle Pflege in der Zukunft ein noch wichtigerer Teil der Pflege wird.

Informelle Pflege eines Angehörigen kann viele Auswirkungen haben. Es kann psychische, emotionale oder physische Überforderung, sowie finanzielle Probleme mit sich ziehen (Abt-Zegelin & Tolsdorf, 2013). Um Entlastung für pflegende Angehörige zu schaffen, gibt es in Österreich verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten.

Unterstützung für pflegende Angehörige:

- Finanzielle Unterstützung durch das Sozialministerium: Wenn pflegende Angehörige aufgrund von Krankheit, Urlaub oder sonstigen Gründen an der Pflege verhindert sind, bietet das Sozialministeriumservice eine finanzielle Unterstützung an, die beantragt werden kann. Voraussetzung dafür ist, dass der oder die pflegende Angehörige eine pflegebedürftige Person der Stufe drei bis sieben seit mindestens einem Jahr pflegt, bzw. einen Angehörigen, der nachweislich an einer demenziellen Erkrankung leidet mit mindestens der Pflegestufe eins.
- Pflegekarenz und Pflegezeit: Personen, die erwerbstätig sind und einen nahen Angehörigen pflegen, können bei ihrem Arbeitgeber um Pflegekarenz oder Pflegezeit ansuchen. Dafür muss der oder die Pflegebedürftige Pflegegeld mindestens der Pflegestufe drei beziehen. Das Pflegekarenzgeld wird für die vereinbarte Dauer vom Sozialministerium übernommen und wird grundsätzlich mit drei Monaten begrenzt. Für eine pflegebedürftige Person ist es auch möglich, dass mehrere Pflegende jeweils eine Pflegekarenz bzw. Pflegezeit vereinbaren (Beispiel: Geschwister können für die Übernahme der Pflege eines Elternteils für unterschiedliche Zeiträume eine Pflegekarenz/-

teilzeit vereinbaren.) Die gesamte Dauer des Pflegekarenzbezugs wird in der Pensionsversicherung berücksichtigt.

- Begünstigte Pensionsversicherung für Pflegende: Bei der Erfüllung von bestimmten Bedingungen, ist es möglich, eine begünstigte Weiterversicherung in der Pensionsversicherung zu beantragen. Dazu ist es nötig, dass die Hauptpflegeperson aus der Pflichtversicherung ausgeschieden ist, um einen nahen Angehörigen ab der Stufe drei zu pflegen. Dafür übernimmt der Bund die Kosten für die Weiterversicherung.

- Erholungsaufenthalt für pflegende Angehörige: Für pflegende Angehörige wird einmal im Jahr ein Erholungsaufenthalt durch die Sozialversicherungsanstalt organisiert. Voraussetzungen dafür sind eine Versicherung bei der Sozialeversicherung oder die Übernahme der Pflege für eine Person ab der Pflegestufe drei. (Sozialversicherungsanstalt, 2017)

- Heimhilfe: diese Leistung dient zur Entlastung von pflegenden Angehörigen und zur Steigerung der Lebensqualität des Pflegebedürftigen. Aufgaben der Heimhilfe sind unter anderem die Planung der Pflege mit dem pflegenden Angehörigen, Unterstützung bei Körperpflege und Anziehen, Einkaufen und Kochen, Hilfe im Haushalt und die Beratung und Entlastung von pflegenden Angehörigen (Caritas Österreich, 2015).

- Hauskrankenpflege: In Österreich werden mobile Pflege- und Betreuungsdienste von verschiedenen Organisationen flächendeckend angeboten. Dafür wird der Pflegebedarf vom Hausarzt erhoben. Angeboten werden unter anderem:
 - Wundversorgung
 - Blutdruckmessen
 - Blutzuckermessen

- Verbandswechsel
- Injektionen
- Mobilisation
- Aktivierende Pflege
- Hilfe bei Einkäufen und anderen Besorgungen

Die Leistungen werden durch die drei Berufsgruppen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegeassistenz und Heimhilfe erbracht. Die Kosten richten sich nach dem Einkommen der zu pflegenden Person und darauf bauend wird der Selbstkostenbeitrag und der Beitrag durch die Sozialversicherung errechnet (Caritas Österreich, 2015).

- 24-Stunden – Betreuung: Das ist eine Leistung für pflegebedürftige Personen, die durch ihren Pflegebedarf nicht mehr in der Lage sind, selbstständig und alleine in einem Haushalt zu wohnen. Voraussetzungen dafür sind ein Pflegegeldanspruch zumindest der Pflegestufe drei oder eine nachweisliche Demenzerkrankung und Anspruch auf zumindest Pflegestufe eins. Um eine 24-Stunden-Betreuung beantragen zu können, erfolgt zuerst ein Hausbesuch von professionellen Pflegepersonen, um den Pflegebedarf zu evaluieren. Die Personenbetreuer und -betreuerinnen, die hier vermittelt werden, werden zunächst sprachlich und pflegerisch ausgebildet und bleiben dann in der Regel zwei Wochen im Haushalt (Hilfswerk Österreich, 2015). Die 24-Stunden-Betreuung kann folgende Leistungen beinhalten: Haushaltsnahe Dienstleistungen (zum Beispiel Zubereitung von Mahlzeiten, Erledigen von Einkäufen,...), Unterstützung bei der Lebensführung (zum Beispiel Mitgestalten des Tagesablaufs,...), Gesellschaft leisten (zum Beispiel Kartenspielen, Gespräche,...), Führen eines Haushaltsbuches, regelmäßige und ausreichende Dokumentation und medizinische und pflegerische Dienstleistungen nach Delegation. Diese Anweisungen erfolgen durch einen Arzt oder einer Ärztin oder durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (Caritas Österreich, 2015). Die 24-Stunden-Betreuung ist als „außergewöhnliche Belastung unter bestimmten Umständen“ steuerlich absetzbar (Hilfswerk, 2015).

Aufgrund der Tatsache, dass in Österreich die letzte Studie zur Situation pflegender Angehöriger 2005 (Pochobradsky, et al., 2005) durchgeführt wurde, kann nur durch Schätzungen davon ausgegangen werden, dass es zurzeit circa 450.000 pflegende Angehörige gibt. Diese Zahl ergibt sich durch die Anzahl der Bezieher und Bezieherinnen von Pflegegeld. Laut dem FORBA-Forschungsbericht bezogen 2015 451.753 Menschen in Österreich Pflegegeld (Marihuber & Sardadvar, 2017).

Da in Österreich bis dato nur sehr wenige Studien zu den gesundheitlichen Auswirkungen auf pflegende Angehörige durchgeführt wurden (die letzte erfolgte von Pochobradsky et al., 2005; s.o.), soll mit dieser Arbeit ausgearbeitet werden, welche aktuelle Literatur weltweit zu diesem Thema vorhanden ist.

1.4 Forschungsziel und Forschungsfrage

Durch die oben angeführte Problematik kommt folgende Forschungsfrage für diese Arbeit zustande: Wie beeinflusst häusliche Pflege von nahen Angehörigen die Gesundheit der pflegenden Person?

Forschungsziel dieser Bachelorarbeit ist es, herauszufinden, wie häusliche Pflege von nahen Angehörigen die Gesundheit der pflegenden Person beeinflusst.

2 Methoden

Der Methodenteil beinhaltet das Design, den Datensammlungsprozess und die Datensynthese. Diese werden hier detailliert beschrieben.

2.1 Design

Als Design für diese vorliegende Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche ausgewählt. Laut Machi und McEvoy (2012) wird ein Literaturreview folgendermaßen definiert:

„A literature review is a written document that presents a logically argued case founded on a comprehensive understanding of the current state of knowledge about a topic of study“ (Machi & McEvoy 2012, p. 4).

Das bedeutet, dass ein Literaturreview ein geschriebenes Dokument ist, das ein umfangreiches und logisches Verständnis von der aktuell vorhandenen Literatur zu einem bestimmten Thema zusammenfasst [Übersetzung durch M.M.]

2.2 Datensammlungsprozess

Die systematische Literaturrecherche zum Thema „Informelle Pflege und gesundheitliche Auswirkungen auf pflegende Angehörige“ erfolgte von Oktober bis Dezember 2017 in der Datenbank PubMed. Dabei kamen folgende Suchwörter zum Einsatz, die miteinander verbunden wurden: health, informal caregiving, mental health, physical health, impact of caregiving, dementia, burden, non-caregivers.

Mit den spezifischen Suchwörtern, den Filtern „5 years“, „English“ und „German“ und dem Einsatz der Boole'schen Operatoren „AND“, „OR“ und „NOT“ wurden nach der ersten Suche insgesamt 957 Studien gefunden. Diese wurden dann nach Titel, Abstract und Volltext aussortiert. Zusätzlich wurde im freien Internet anhand von diversen Suchmaschinen (Googlescholar und Google) nach Literatur gesucht. In Tabelle 1 wird dargestellt, mit welchen Suchwörtern gesucht wurde, wie viele Ergebnisse diese Suche ergab und wie viele Ergebnisse nach der Aktivierung der Filter herauskamen.

Tabelle 1: Datensammlungsprozess in der Datenbank „PubMed“

Zeitraum	Suchwörter	Erste Ergebnisse	Filter	Ergebnisse mit Filter	Ergebnisse nach Titelscreening	Ergebnisse nach Abstractscreening
Okt.	((("impact of caregiving") AND health) AND informal care*)	38	5 years English German	21	12	9
Nov.	("informal caregiver") AND "physical health"	8	5 years English German	6	2	0
Nov.	("impact of caregiving") AND "physical health"	26	5 years English German	12	1	1
Nov.	("impact of caregiving") AND "mental health"	35	5 years English German	20	4	2
Nov.	((("impact) OR burden) AND informal careg*) NOT dementia	690	5 years English German	359	27	7
Dez.	((("physical health") NOT "mental health") AND informal caregiver	49	5 years English German	19	4	2
Dez.	((("long term effects) AND health) AND informal caregivers) AND impact of caregiving	69	5 years English German	38	13	4
Dez.	(informal caregivers) AND non-caregivers	42	5 years English German	26	6	3
Gesamt		957		501	69	28

Titelscreening:

Das Titelscreening erfolgte systematisch und orientierte sich an bestimmten Keywords im Titel (siehe Tabelle 1). Es musste außerdem ersichtlich sein, dass sich die Studie mit der Gesundheit von pflegenden Angehörigen auseinandersetzt. Ausschlusskriterien waren:

- Professionelles Pflegepersonal
- Stationäre Pflege

Abstractscreening:

Damit eine Studie zum Volltextscreening zugelassen werden konnte, mussten folgende Punkte im Abstract vorhanden sein:

- Ziel der Studie
- Wo wurde die Studie durchgeführt
- Studiendesign
- Wichtigste Ergebnisse

Nach der Durchsicht und Beurteilung der oben genannten Kriterien wurden 28 Studien zum Volltextscreening zugelassen. Acht davon wurden mit dem wissenschaftlich fundierten Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) beurteilt und befinden sich im Anhang dieser Arbeit. In Tabelle 2 werden die Studien beschrieben. Darin sieht man Autoren, Publikationsjahr, Ziel der Studie, Studiendesign, Stichprobengröße und die wichtigsten Ergebnisse. Die Beurteilung nach Hawker et al. (2002) befindet sich in der letzten Spalte und wird mit „+++“ = 32-36 Punkte, „++“ = 28-31 Punkte und „+“ = 23-27 Punkte beschrieben.

Folgend wird durch ein Flow Chart bildlich sichtbar gemacht, wie die Literaturrecherche erfolgte und wie viele Studien schlussendlich inkludiert wurden.

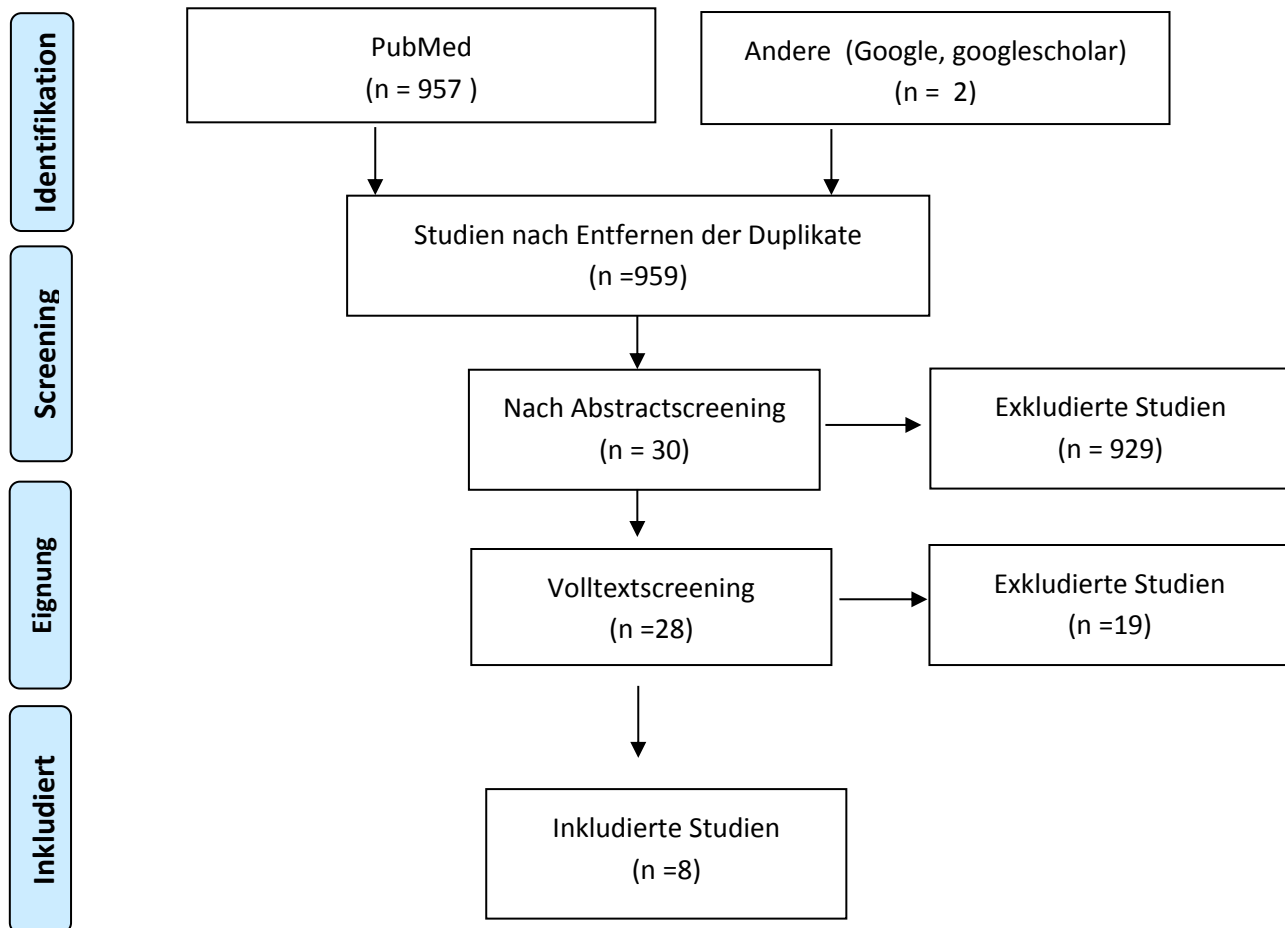


Abbildung 2: Flow Chart zur Literaturrecherche

2.3 Ergebnisübersicht

Tabelle 2: Übersicht der Ergebnisse

Autoren, Jahr, Land	Ziel	Design	Stichprobe	Wichtigste Ergebnisse	Bewertung nach Hawker et al. (2002) ¹
Fonareva & Oken, 2014, USA	Bewusstsein von Forscherinnen und Forschern in Bezug auf psychische und physische Auswirkungen auf pflegende Angehörige von demenzerkrankten Personen erhöhen	Systematisches Review	(n=749) pflegende Angehörige von demenziell erkrankten Personen und (n=3396) Nicht-pflegende Personen	<u>Physische Auswirkungen:</u> Hypertonie, Hyperglykämie, Koronare Herzerkrankungen, Immundysfunktion und höhere Mortalität <u>Psychische Auswirkungen:</u> schlechtere Schlafqualität, Auswirkungen auf subjektives Wohlbefinden und Gesundheitserleben.	+++

¹ In dieser Spalte befindet sich die Bewertung nach Hawker und wird mit „+++“ = 32-36 Punkte, „++“ = 28-31 Punkte und „+“ = 23-27 Punkte bewertet. Die Bewertungen befinden sich im Anhang dieser Arbeit. Studien, die weniger als 23 Punkte hatten, wurden von diesem Literaturreview ausgeschlossen.

Martinez & Moya-Albiol, 2017, Spanien	Endokrinologische (Kortisol), immunologische (IgA) und psychische Reaktionen auf akute Stressoren von pflegenden Angehörigen im Vergleich zu nichtpflegenden Personen	Querschnittstudie	(n=29) pflegende Angehörige und (n=36) nichtpflegende Personen	Pflegende Angehörige zeigten nach einem stress-induziertem Test einen niedrigeren Kortisol und IgA-Wert und des Weiteren eine Verschlechterung ihrer Stimmung nach dem Stress-Assessment. Das deutet auf eine gedämpfte Immun- und Stressresistenz hin.	++
Hajek et al., 2017, Deutschland	Zusammenhang zwischen Pflegeaufwand und beanspruchter Zeit für die Pflege mit dem BMI und der Anzahl der sportlichen Aktivitäten von pflegenden Angehörigen	Querschnittstudie	(n=1380) pflegende Angehörige	Bei pflegenden Angehörigen nimmt der BMI zu, während sich die Anzahl der sportlichen Aktivität verringert, je mehr Zeit die Pflege beansprucht und je nachdem, wie hoch der Pflegeaufwand ist. Dies führt zu verschiedenen gesundheitlichen Auswirkungen auf pflegende Angehörige.	+++
Hajek & König, 2017, Deutschland	Zusammenhang zwischen der Pflege eines oder einer Pflegebedürftigen und dem BMI von	Deskriptive Sekundäranalyse	(n=19.726) pflegende Angehörige	Die Pflege von Angehörigen führte bei Männern zu einer Zunahme des BMI, während sich der body mass index bei Frauen nicht veränderte.	+++

	pflegenden Angehörigen gemessen auf längere Sicht			Bei beiden Geschlechtern konnte aber ein Zusammenhang zwischen dem Alter und body mass index gemessen werden und auch eine Zunahme der Morbidität.	
Torimoto-Sasai et al., 2015, Japan	Die physische Gesundheit von pflegenden Angehörigen in Japan anhand von Blutwerten und Blutdrücken erforschen	Deskriptive Vergleichsstudie	(n=149) pflegende Angehörige und (n=149) Nicht-pflegende Personen	Der Blutdruck ist bei pflegenden Angehörigen im Vergleich zu nichtpflegenden höher und bei Frauen zeigte sich eine geringere glomeruläre Filtrationsrate bei den pflegenden Angehörigen. Bei den anderen Werten gab es keine Unterschiede zwischen Pflegenden und nichtpflegenden.	+++
Koyanagi et al., 2018, Spanien	Zusammenhang zwischen informeller Pflege und Depression, Schlafstörungen und Stressempfinden in 58 Ländern mit geringem, mittlerem und hohem Einkommen	Querschnittstudie mit Sekundärdaten von Surveys	(n=258.793) pflegende Angehörige	Pflegende Personen weisen generell höhere Prävalenzen von Depression, Schlafstörungen und Stressempfinden auf, vor allem in Ländern mit hohem Einkommen.	++

<p>de Zwart et al., 2016, Niederlande</p>	<p>Kurzzeit- und Langzeitauswirkungen von informeller Pflege auf die Gesundheit des oder der pflegenden Angehörigen</p>	<p>Sekundäranalyse</p>	<p>(n=57.572) pflegende Angehörige</p>	<p>Kurzzeitfolgen: Pflegende Angehörige zeigen vermehrt depressive Symptome und eine geringere subjektive Gesundheitseinschätzung. Weibliche pflegende Angehörige zeigten eine erhöhte Einnahme von rezeptpflichtigen Medikamenten und vermehrte Untersuchungen beim Hausarzt oder bei der Hausärztin.</p> <p>Langzeitfolgen: Es konnten keine Langzeitfolgen nachgewiesen werden.</p>	<p>+++</p>
<p>Hansen & Slagsvold, 2013, Norwegen</p>	<p>Auswirkungen von informeller Pflege des Partners oder der Partnerin, mit und ohne Beeinträchtigung, auf die Psyche von pflegenden Angehörigen</p>	<p>Querschnittsstudie anhand von Sekundärdaten</p>	<p>(n=18.901) pflegende Angehörige</p>	<p>Männern geben weniger Lebenszufriedenheit und Selbstbewusstsein an, fühlen sich weniger glücklich und einsamer als Männer von nicht beeinträchtigten Angehörigen.</p> <p>Frauen weisen mehr depressive Symptome auf und fühlen sich einsam.</p>	<p>+++</p>

3 Ergebnisse

Nachfolgend werden die inkludierten Studien und deren Ergebnisse vorgestellt. Die Ergebnisse werden in drei Hauptkategorien unterteilt: Psychische Auswirkungen und körperliche Auswirkungen sowie psychische und körperliche Auswirkungen auf pflegende Angehörige von Personen mit Demenz.

In dieser Bachelorarbeit wird deshalb ein Hauptaugenmerk auf pflegende Angehörige von Personen mit Demenz gelegt, da sie eine immer größer werdende Bevölkerungsgruppe ist, die mit verschiedenen Auswirkungen auf ihre Gesundheit konfrontiert ist. Außerdem wurden in den Datenbanken Studien gefunden, die speziell auf pflegende Angehörige von Personen mit Demenz eingehen.

3.1 Psychische Auswirkungen auf pflegende Angehörige

Die Studie von Hansen und Slagsvold (2013) belegt, dass informelle Pflege Auswirkungen auf die Psyche haben kann. Sie untersuchten den Zusammenhang zwischen verschiedenen psychologischen Aspekten von Wohlergehen und der Pflege von Angehörigen. Zu den psychologischen Aspekten zählen Kognitives Wohlergehen (Lebenszufriedenheit), Psychologische Funktion (Selbstbewusstsein und Sinn für Selbstbestimmung) und Affektives Wohlergehen (Glück bzw. Freude, Depression und Einsamkeit). Dabei wurden pflegende Angehörige mit nicht pflegenden Personen, die einen beeinträchtigten Partner bzw. eine beeinträchtigte Partnerin haben, verglichen. Die Daten wurden durch 2 Studien erhoben: (1) „Life-Course, Generations and Gender“ Studie (LOGG) und (2) 2 Wellen von der „Norwegian Life Course, Ageing and Generations“ Panel-Studie (NorLAG).

Die Studie ergab, dass pflegende Angehörige generell älter als nicht pflegende Personen mit einem beeinträchtigten Partner bzw. einer beeinträchtigten Partnerin sind. Außerdem zeigen pflegende Angehörige einen höheren Bildungsstand auf, als die Vergleichsgruppe. Bei der Regressionsanalyse wurden die sechs Aspekte von Wohlergehen (siehe oben) bei Männern und Frauen ausgewertet.

Bei Männern mit einer beeinträchtigten Partnerin gab es keine signifikanten Auswirkungen auf das psychische Wohlergehen, außer auf den Aspekt der Einsamkeit. Die pflegerische Versorgung, zeigte bei Männern jedoch eine große

Auswirkung auf das psychische Wohlergehen. Die Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein und –bestimmung sowie Glück beziehungsweise Freude waren deutlich herabgesetzt und sie fühlten sich einsamer als nicht pflegende Männer mit einer beeinträchtigten Partnerin. Es gab keinen signifikanten Zusammenhang mit depressiven Symptomen und der Übernahme der pflegerischen Versorgung.

Bei Frauen ergab die Analyse, dass die Übernahme der pflegerischen Versorgung die Lebenszufriedenheit und Selbstbestimmung deutlich herabsetzt, und sie zeigten vermehrt depressive Symptome auf als Frauen mit einem beeinträchtigten Partner. Frauen mit einem beeinträchtigten Partner hatten weniger Selbstbewusstsein und fühlten sich weniger glücklich (Hansen & Slagsvold, 2013).

Eine andere Studie (de Zwart, et al., 2017) untersuchte psychische Auswirkungen aufgrund informeller Pflege und die Ausschöpfung von entsprechender Gesundheitsleistungen durch pflegende Angehörige. Dabei wurden Kurzzeitfolgen und Langzeitfolgen (nach vier und nach sieben Jahren) untersucht. Die Daten wurden vom „Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) erhoben. Pflegende Angehörige zeigten einen geringeren Bildungsstand und niedrigeres Einkommen als nicht pflegende Personen. Es wurden bei dieser Studie Kurzzeit- und Langzeitfolgen sichtbar.

Die Untersuchung ergab, dass Frauen nach dem Beginn der pflegerischen Versorgung für einen Angehörigen vermehrt depressive Symptome aufzeigten. Außerdem führte die Pfl egetätigkeit zu einer Verringerung der subjektiven Gesundheitseinschätzung. Bei Männern waren diese Auswirkungen zwar kleiner, aber auch signifikant und sie zeigten keine depressiven Symptome. Informelle Pflege führte für beide Geschlechter zu einer Erhöhung der Einnahme von rezeptpflichtigen Medikamenten und Frauen gingen 1,4 mal pro Jahr öfter zum Arzt oder zur Ärztin als die nicht-pflegende Vergleichsgruppe.

Die Studie zeigte nach vier und nach sieben Jahren keine Auswirkungen auf die mentale Gesundheit, jedoch waren die Einnahme von rezeptpflichtigen Medikamenten bei Frauen nach sieben Jahren höher und die Anzahl der Arztbesuche niedriger (de Zwart, et al., 2017).

Die Studie von Koyanagi, et al. (2017) untersuchte den Zusammenhang zwischen informeller Pflege und Depression, Schlafstörungen und Stressempfinden in 58

Ländern mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen. Die Daten dieser Studie kamen von einem Querschnitts-Survey der WHO. Inkludiert wurden 10 Länder mit hohem Einkommen, 27 Länder mit mittlerem Einkommen und 21 Länder mit niedrigem Einkommen. Mehr als die Hälfte (50,8%) der pflegenden Angehörigen waren Frauen.

Die Ergebnisse zeigen, dass informelle Pflege zu 1,5 Mal höheren Prävalenzen von Depressionen und 1,4 Mal höheren Prävalenzen von Schlafproblemen führt und das Stressempfinden zunimmt. Dies ist vor allem in Ländern mit hohem Einkommen (zum Beispiel Finnland) der Fall. Den größten Zusammenhang zwischen Depression und informeller Pflege findet man bei Personen im mittleren Alter und Schlafprobleme und erhöhtes Stressempfinden bei den jüngeren Pflegepersonen. Außerdem ergab die Studie, dass mit erhöhtem Pflegeaufwand die Prävalenz für Depression und Schlafproblemen steigt und das Stressempfinden zunimmt.

3.2 Körperliche Auswirkungen auf pflegende Angehörige

Informelle Pflege kann sich auch negativ auf die körperliche Gesundheit von pflegenden Angehörigen auswirken, wie die Studie von Torimoto-Sasai et al. (2015) zeigt:

Es wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen Bluthochdruck bzw. verschiedenen Blutwerten (LDL-Cholesterol, HDL-Cholesterol, AST, ALT, γ -GTP, Harnsäure, Kreatinin und HbA1c), der glomerulären Filtrationsrate und dem Pflegen von Angehörigen gibt. Dabei wurden 149 pflegende Angehörige mit 149 gleichgeschlechtlichen und gleichaltrigen nicht pflegenden Personen verglichen. Ziel dieser Studie war es zudem, die objektive Gesundheit von pflegenden Angehörigen zu untersuchen und damit die Auswirkungen der Pflege auf die pflegende Person zu messen.

Pflegende Angehörige hatten im Allgemeinen eine niedrigere Ausbildung und weniger Einkommen als nicht pflegende Angehörige. Hinzu kommt, dass weniger männliche Pflegende einer Beschäftigung nachgingen als die der Vergleichsgruppe.

Außerdem hatten männliche Pflegende einen geringeren Body-Mass-Index als nicht-pflegende Männer und weibliche Pflegende einen höheren Body-Mass-Index als nicht-pflegende Frauen (Torimoto-Sasai, et al., 2015).

Bei der Studie von Hajek, et al. (2017) wurde ebenfalls untersucht, ob informelle Pflege Auswirkungen auf den Body-Mass-Index und auf die Häufigkeit von sportlichen Aktivitäten hat. Die Daten wurden von der 5. Welle der „Deutsche Alterssurvey“ (DEAS)² erhoben und ergaben einen durchschnittlichen Body-Mass-Index von 26,8kg/m² bei den Partizipanten.

Es gab signifikante Unterschiede zwischen Pflegenden Personen die Pfllegetätigkeiten übernahmen (Ganzkörperpflege, Verbandswechsel, oder Ähnliches) und Personen, die andere Arten von informeller Pflege nachgingen (wie etwa Hilfe im Haushalt oder beim Einkaufen,...).

Pflegende Personen, die viele Pfllegetätigkeiten übernehmen, haben durchschnittlich einen um 0,7kg/m² erhöhten Body-Mass-Index als die Vergleichsgruppe. Gleichzeitig nimmt die Häufigkeit der sportlichen Aktivitäten ab, je mehr Zeit in die Pflege investiert wird und je mehr Pfllegetätigkeiten übernommen wurden, wie die nachfolgende Abbildung zeigt:

² (2) Der „Deutsche Alterssurvey“ (DEAS) ist ein nationaler Querschnitts- und Längsschnittssurvey der Population in der zweiten Hälfte ihres Lebens (40 Jahre und älter) in Deutschland und erfolgte in 5 Wellen. Es wurden verschiedene Bereiche untersucht: unter anderem die soziale Exklusion, Beschäftigung, psychologische Faktoren oder die Bedeutung des Alterns.

	Time spent on informal caregiving per week (N = 1336)				p-value t-test/chi ²	Missings
	≤5 h (n = 732)		> 5 h (n = 604)			
	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD		
Sex: female	422	57.7%	382	63.3%	.038	0.0%
Age in years	62.1	10.2	64.5	10.3	<.001	0.0%
Marital status:						
- married and living together with spouse	519	71.0%	473	78.4%	.001	0.1%
- married and not living together with spouse	11	1.5%	18	2.9%		
- divorced	81	11.1%	37	6.1%		
- widowed	66	9.0%	37	6.1%		
- single	54	7.4%	38	6.3%		
Monthly net equivalent income in Euro	2179.1	1494.6	1899.8	1420.6	<.001	5.6%
Number of physical illnesses	2.3	1.7	2.8	1.9	<.001	1.9%
Occupational status:						
- employed	349	47.7%	193	31.9%	<.001	0.3%
- retired	321	43.9%	329	54.5%		
- other	61	8.3%	87	13.6%		
Body mass index	26.5	4.2	27.3	4.7	.001	1.7%
Sport - daily	73	10.0%	48	7.9%	<.001	0.0%
- more than once a week	257	35.1%	128	21.2%		
- once a week	140	19.1%	123	20.4%		
- 1-3 times a month	65	8.9%	49	8.1%		
- less than 1-3 times a month	83	11.3%	72	11.9%		
- never	114	15.6%	184	30.5%		

Abbildung 3: Charakteristiken der Stichprobe (Hajek, et al., 2017)

In dieser Abbildung ist zu erkennen, dass die Häufigkeit der sportlichen Aktivitäten abnimmt, je mehr Zeit die Pfllegetätigkeiten pro Woche in Anspruch nehmen und dass der Body-Mass-Index in der Gruppe derer, die mehr als 5 Stunden pro Woche für die Pfllegetätigkeiten aufbringen, wesentlich höher ist.

Für die Untersuchung des Body-Mass-Index wurde die informelle Pflle in dieser Studie in vier Gruppen unterteilt:

- Hilfe im Haushalt
- Sich um jemanden kümmern
- Andere Hilfestellungen
- Übernahme von Pfllegetätigkeiten

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Body-Mass-Index und den Aufgabenbereichen Hilfe im Haushalt, sich um jemanden kümmern und anderen

Hilfestellung. Bei der Übernahme von Pflegeleistungen zeigt sich eine durchschnittliche Erhöhung des Body-Mass-Index um $0,6\text{kg/m}^2$. Hilfe im Haushalt und die Übernahme von Pflegeleistungen führt zu einer verringerten Ausübung von sportlichen Aktivitäten, während es keinen Zusammenhang mit den Pflegeaufgaben „sich um jemanden kümmern“ und „andere Hilfestellungen“ gibt (Hajek, et al., 2017).

Eine zweite Studie (Hajek & König, 2017), die sich mit dem Zusammenhang zwischen dem Body-Mass-Index und informeller Pflege auseinandersetzte, untersuchte, ob es auch Auswirkungen auf lange Sicht gibt, auch in Zusammenhang mit dem Altern, Anzahl der bestehenden Erkrankungen, depressiven Symptomen und Familienstand.

Die Daten wurden ebenfalls aus der 2., 3., 4. und 5. Welle des DEAS erhoben. Es wurden 20.850 Personen befragt und knapp die Hälfte (49%) davon waren weiblich. Der durchschnittliche Body-Mass-Index betrug $26,7\text{kg/m}^2$. Bei Frauen gab es rein in Zusammenhang mit informeller Pflege auf lange Sicht keine Veränderungen des Body-Mass-Index, wobei es bei Männern zu einer Zunahme des Body-Mass-Index kam. Weiters wurde ersichtlich, dass die Erhöhung des Body-Mass-Index auch durch die Erhöhung des Alters beeinflusst werden kann. Bei Veränderungen des Familienstandes durch Scheidung, Trennung oder Tod des Partners oder der Partnerin, kam es zu einer Abnahme des Body-Mass-Index und zu einer Zunahme von depressiven Symptomen (Hajek & König, 2017).

Die Studie von Torimoto-Sasai et al. (2015) zeigte, dass informelle Pflege auch Auswirkungen auf den Blutdruck und die glomeruläre Filtrationsrate hat: Männliche Pflegenden zeigten insgesamt höhere Blutdruckwerte als die Vergleichsgruppe. Bei weiblichen Pflegenden zeigte sich, dass sie signifikant höhere Blutdruckwerte hatten, als die weiblichen nicht pflegenden Personen und außerdem zeigten sie eine geringere glomeruläre Filtrationsrate. Weibliche Pflegenden klagten außerdem über Schmerzen und andere unbestimmten Beschwerden. Das zeigt, dass Stress sich auf das sympathische Nervensystem auswirkt und in weiterer Folge einen hohen Blutdruck verursacht (Torimoto-Sasai, et al., 2015).

Informelle Pflege hat nicht nur Auswirkungen auf den Body-Mass-Index oder Blutdruck, sondern auch auf das endokrine System und auf die Immunabwehr.

Romero-Martínez und Moya-Albiol (2017) fanden heraus, dass pflegende Angehörige bei stress-induzierten Tests im Allgemeinen niedrigere Csal (Kortisol = misst den Stresspegel) und IgA (Immunglobulin-A = misst die Immunabwehr) Werte im Blut hatten, als ihre nicht pflegende Vergleichsgruppe. Vor den Tests wurde bei jedem Probanden und bei jeder Probandin eine Blutprobe entnommen. Bei diesen „Stress-Tests“ kamen die Partizipanten in einen Raum und wurden mit Temperatur, Licht und Geräuschen stimuliert, danach wurden wieder Blutproben abgenommen. Die Partizipanten bekamen direkt darauffolgend einen Fragebogen, wo Gefühle wie Angst, Stimmung und Verärgerung abgefragt wurden. Dies wiederholte sich dreimal und insgesamt wurden zehn Blutproben entnommen.

Pflegende Angehörige, mit Ausnahme zu Beginn, hatten während des „Stress-Tests“ niedrigere Csal- und IgA-Werte auf, als die Vergleichsgruppe (siehe Abbildung 4 und Abbildung 5).

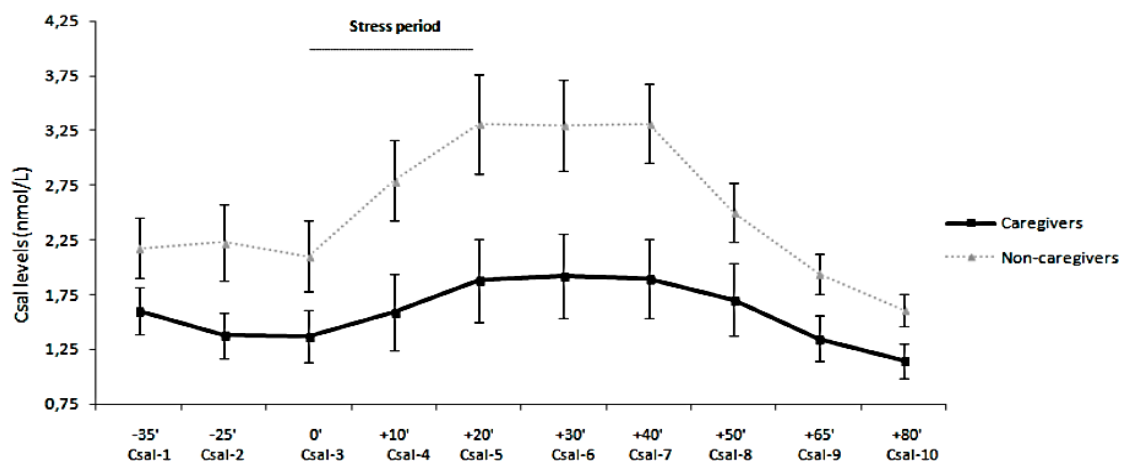


Abbildung 4: Csal-Werte während der Stress-Periode (Romero-Martínez & Moya-Albiol, 2017)

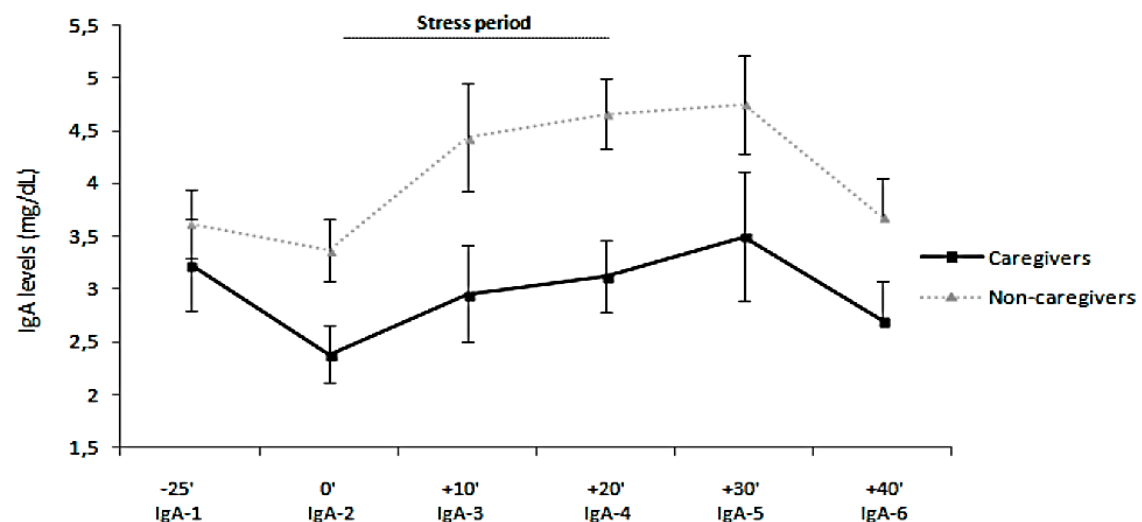


Abbildung 5: IgA-Werte während der Stress-Periode (Romero-Martínez & Moya-Albiol, 2017)

Außerdem ergab die Auswertung der Fragebögen, dass pflegende Angehörige nach den Tests ängstlicher, weniger gut gelaunt und verärgerter waren als die Vergleichsgruppe (Romero-Martínez & Moya-Albiol, 2017).

3.3 Gesundheitliche Auswirkungen auf pflegende Angehörige von Pflegebedürftigen mit Demenz

Vor allem pflegende Angehörige von Pflegebedürftigen mit Demenz leiden unter gesundheitlichen Auswirkungen, wie die Studie von Fonareva und Oken (2014) zeigt:

In diesem Literaturreview wurde der Zusammenhang zwischen der informellen Pflege von Personen mit Demenz und verschiedenen Markern untersucht. Diese beinhalteten Gerinnungsfaktoren des Blutes, Entzündungsparameter und Zellalterung, zudem wurden auch Schlafgewohnheiten, Immundefunktion, die Auswirkungen von chronischem Stress und kognitive Fähigkeiten untersucht.

Pflegende Angehörige von Personen mit Demenz leiden öfter an Hypertonie, Kardiovaskulären Erkrankungen und haben generell eine erhöhte Mortalität.

Es wurde nachgewiesen, dass pflegende Angehörige von demenzerkrankten Personen an einem höheren systolischen und diastolischen Blutdruck leiden als nicht pflegende Personen, obwohl sie eine erhöhte Einnahme von Blutdruckmedikamenten aufweisen. Sie leiden auch öfter koronaren Herzerkrankungen und es lagert sich öfter Plaque an der Karotis an, als bei nicht pflegenden Personen. Es gibt auch Unterschiede bei der glomerulären Filtrationsrate: Pflegende Angehörige von demenzerkrankten Personen weisen (aufgrund von Hypertonie) eine geringere glomeruläre Filtrationsrate auf, als ihre Vergleichsgruppe.

Um die Reaktion auf Stress zu untersuchen, wurden Kortisol Werte untersucht. Es wurde nachgewiesen, dass Pflegende Angehörige vor dem Schlafengehen unter

höheren Kortisol-Werten leiden als ihre nicht pflegende Vergleichsgruppe. Es gibt Unterschiede von Immun-Parametern zwischen pflegenden Angehörigen von Personen mit Demenz und nichtpflegenden Personen. Das C-reaktive Protein (CRP) und das Interleukin-6 (IL-6) sind bei ihnen nachweislich erhöht.

Pflegende Angehörige von Personen mit Demenz neigen öfter dazu, selbst an Demenz zu erkranken als pflegende Personen von Angehörigen mit anderen Erkrankungen.

Pflegende Angehörige von Pflegebedürftigen mit Demenz weisen eine schlechtere Schlafqualität auf als nichtpflegende Personen und klagen öfter über Schlafprobleme.

Sie schneiden bei kognitiven Tests schlechter ab, als die Vergleichsgruppe. Außerdem sind Konzentration, Aufmerksamkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit deutlich herabgesetzt.

Unter pflegenden Angehörigen von Personen mit Demenz liegt die Prävalenz von Depression bei 30-80%, im Vergleich dazu liegt sie bei der nicht pflegenden Bevölkerung über 55 Jahren bei 6-9%.

4 Diskussion

Im letzten Abschnitt dieser Arbeit werden die oben angeführten Ergebnisse literaturgestützt diskutiert und in weiterer Folge Empfehlungen für Forschung und Praxis abgeleitet.

Ziel dieser Bachelorarbeit war es, herauszufinden, wie die Pflege von nahen Angehörigen die Gesundheit der pflegenden Person beeinflusst. Die Ergebnisse dieses systematischen Literaturreviews geben einen umfassenden Überblick über mögliche gesundheitliche Auswirkungen auf pflegende Angehörige.

Pflegende Angehörige tragen ein großes Risiko selbst zu erkranken. Die Übernahme von Pflegetätigkeiten für einen Angehörigen oder eine Angehörige führt dazu, dass Pflegende anfälliger für stressbedingte Erkrankungen sind als die Durchschnittsbevölkerung (Pochobradsky, et al., 2005). Durch diese Bachelorarbeit wird deutlich, dass informelle Pflege Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Dabei wurden die psychischen von den körperlichen Auswirkungen getrennt, und ein Hauptaugenmerk auf pflegende Angehörige von Personen mit Demenz gelegt.

4.1 Psychische Auswirkungen

Die Studie von Hansen und Slagsvold (2013) zeigte, dass informelle Pflege Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung, Glück und Freude herabsetzen kann. Pflegende Angehörige fühlen sich einsam und die Lebenszufriedenheit sinkt. Depressive Symptome nehmen zu, das zeigt auch die Studie von de Zwart et al. (2017): Kurz nach Beginn der Übernahme von Pflegetätigkeiten für eine pflegebedürftige Person nehmen depressive Symptome stark zu. Dadurch vermehrt sich die Anzahl der Arztbesuche um 1,4 Mal pro Jahr für Frauen und sie nehmen mehr rezeptpflichtige Arzneimittel zu sich.

Die Zunahme der Anzahl der Arztbesuche könnte eine Folge der verminderten Gesundheitssituation der pflegenden Angehörigen sein, aber es könnte auch durch die intensivierete Auseinandersetzung mit dem Pflegebedürftigen und dessen Erkrankung zu einer vermehrten Eigennutzung des Gesundheitssystems kommen. Außerdem sinkt gleichzeitig die subjektive Einschätzung der Gesundheit. De Zwart

et al. (2017) untersuchten auch die Langzeitfolgen auf die Gesundheit nach vier und nach sieben Jahren. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass diese Auswirkungen auf scheinbar über die Jahre verschwinden. Das wird von einer anderen Studie (Schmitz & Westphal), die 2015 in Deutschland durchgeführt wurde, ebenfalls nachgewiesen.

Das könnte zwei Gründe haben: Pfllegetätigkeiten sind temporär und die Auswirkungen auf die mentale Gesundheit verblassen mit der Zeit, vor allem dann, wenn die pflegebedürftige Person als Folge ihrer Erkrankung verstirbt oder nicht mehr zu Hause gepflegt werden kann.

Es könnte aber auch daran liegen, dass sich pflegende Angehörige an die Situation gewöhnen und nach einiger Zeit gewisse Coping Strategien entwickeln. Laut Brügger et al. (2015) wären das zum Beispiel die aktive Suche nach Entlastung und Hilfe oder das Bestreben, den Pfllegetätigkeiten einen positiven Sinn zu geben und die Beziehung zum Pflegebedürftigen zu vertiefen.

Die psychische Gesundheit von pflegenden Angehörigen wird laut Pinquart und Sörensen, (2003) unter anderem durch folgende Faktoren negativ beeinflusst:

- Schwierige und stressige Pfllegetätigkeiten
- Beschränkungen im persönlichen Alltag
- Soziale Isolation
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Unsicherheit
- Verlustängste

Depression, Schlafprobleme und Stressempfinden wurden in 58 Ländern mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen in Zusammenhang mit informeller Pflege von Koyanagi et al. (2017) untersucht. Das Ergebnis zeigte, dass sowohl die Prävalenz von Depression und Schlafproblemen signifikant zunimmt, als auch das Stressempfinden. Vor allem in Ländern mit hohem Einkommen ist dies der Fall. Dieses Ergebnis ist überraschend, da es in Ländern mit hohem Einkommen die meisten Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige gibt.

Es kann aber auch daran liegen, dass pflegende Personen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen generell jünger sind und mehr Geschwister zur Aufteilung der Pflgetätigkeiten haben. Ein weiterer Grund könnte die höhere Lebenserwartung in Ländern mit hohem Einkommen sein, wodurch die Pflege des Erkrankten länger notwendig ist, als in den Vergleichsländern.

Der Schlaf von pflegenden Personen kann durch das nächtliche Erwachen des Pflegebedürftigen, Inkontinenz, Schlafwandeln oder Sorgen um den zu Pflegenden gestört werden, und so zu Müdigkeit und Erschöpfung tagsüber führen.

4.2 Körperliche Auswirkungen

Das Stressempfinden von pflegenden Angehörigen ist ein wichtiger Aspekt, wenn die Auswirkungen auf die Gesundheit von pflegenden Angehörigen untersucht werden. Eine geringe Stressresistenz und die Einwirkung von chronischem Stress kann zu körperlichen Auswirkungen auf die Gesundheit führen, wie die Studie von Torimoto-Sasai et al. (2015) zeigt:

Pflegende Angehörige weisen höhere Blutdruckwerte als ihre Vergleichsgruppe auf. Stress ist ein hoher Risikofaktor für Hypertonie, da es das sympathische Nervensystem stimuliert und in weiterer Folge einen hohen Blutdruck verursacht. Weibliche Pflegende haben gleichzeitig zum hohen Blutdruck eine geringere glomeruläre Filtrationsrate, dies konnte auch in der Studie von Fonareva und Oken (2014) herausgefunden werden. Eine niedrige glomeruläre Filtrationsrate kann in weiterer Folge zu chronischen Nierenerkrankungen führen.

Torimoto-Sasai et al., (2015) gehen davon aus, dass die Gesundheit eines Menschen von verschiedenen Faktoren wie z.B. soziodemografischen Faktoren (Alter, Einkommen) oder körperlicher Verfassung (Body-Mass-Index) abhängig ist. Bei pflegenden Angehörigen gehen sie davon aus, dass die Pflege auch ein Faktor ist, der die Gesundheit beeinflusst (siehe Abb. 6).

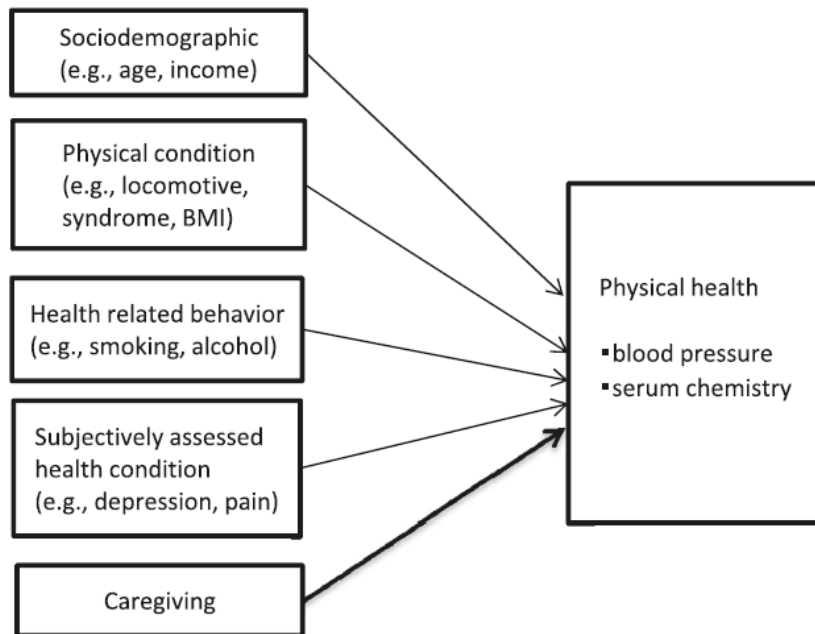


Abbildung 6: Beeinflussende Faktoren auf die Gesundheit (Torimoto-Sasai, et al., 2015)

Ein weiteres Ergebnis ist, dass der Body-Mass-Index von pflegenden Personen höher ist, als jener Personen, die keine Pflegetätigkeiten übernehmen (Hajek & König, 2017; Hajek, et al., 2017). Außerdem untersuchten beide Studien die Anzahl der sportlichen Aktivitäten der pflegenden Angehörigen. Die Häufigkeit der sportlichen Aktivitäten nimmt ab, je mehr Zeit in die Pflege investiert wird und je mehr Pflegetätigkeiten übernommen werden.

Das kann daher kommen, dass pflegende Angehörige durch die aufgebrauchte Zeit für Pflegetätigkeiten weniger Freizeitaktivitäten nachgehen können. Stressbedingt können pflegende Angehörige auch zu erschöpft sein, um sportlichen Aktivitäten nachgehen zu können. Das wird durch die Studie von Hajek et al., (2017) belegt, da aufgebrauchte Pflegetätigkeiten zu einer Zunahme von wahrgenommenem Stress führen. Auf lange Sicht gesehen gibt es bei Frauen in Zusammenhang mit informeller Pflege keine Veränderungen des Body-Mass-Index, bei Männern kommt es zu einer Zunahme (Hajek & König, 2017). Die Erhöhung des Body-Mass-Index kann aber ebenfalls durch hohes Alter beeinflusst werden. Ein erhöhter Body-Mass-Index ist ein Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes oder kardiovaskuläre Erkrankungen und daher ebenfalls für die Gesundheit

bedeutend und wird außerdem mit reduzierter Lebensqualität und sozialer Exklusion in Verbindung gebracht (Hajek, et al., 2017).

Auch auf das endokrine System und Immunabwehr hat informelle Pflege Auswirkungen: Romero-Martínez und Moya-Albiol (2017) fanden heraus, dass pflegende Angehörige bei stressinduzierten Tests im Allgemeinen niedrigere Csal (Kortisol = misst den Stresspegel) und IgA (Immunglobulin-A = misst die Immunabwehr) Werte im Blut hatten als ihre nichtpflegende Vergleichsgruppe. Diese Reaktion auf die Stress-Tests und die darauffolgend niedrigen Kortisol-Werte kann womöglich damit erklärt werden, dass pflegende Angehörige sich die meiste Zeit um ihre und um die Zukunft des Pflegebedürftigen sorgen, und so einen ständigen Druck verspüren, die bestmögliche Pflege zu gewährleisten. Daher sind sie in ihrer Stressresistenz beeinträchtigt. In dieser Studie hatten pflegende Angehörige auch niedrigere IgA-Werte als die Vergleichsgruppe. Niedrige Werte des Immunglobulins können das Risiko, an respiratorischen und gastrointestinalen Infektionen zu erkranken, erhöhen (Singh, et al., 2014).

4.3 Gesundheitliche Auswirkungen auf pflegende Angehörige von Pflegebedürftigen mit Demenz

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Hauptaugenmerk auf pflegende Angehörige von Personen mit Demenz gelegt, da diese Krankheit eine immer größer werdende Bevölkerungsgruppe betrifft (Haberstroh, et al., 2016).

Die Pflege von Personen mit Demenz stellt eine sehr schwierige und belastende Aufgabe dar. Nachgewiesen wurde, dass die informelle Pflege von Personen mit Demenz mit höheren Werten von Belastung und Depression einhergehen als bei pflegenden Angehörigen von Personen mit einem Insult (Huang, et al., 2009).

Die Ergebnisse des Literaturreviews von Fonareva und Oken (2014) zeigen Auswirkungen auf den Körper (Blutdruck, glomeruläre Filtrationsrate, Koagulation des Blutes) auf die Funktion des Körpers, Zellalterung und die Psyche des pflegenden Angehörigen. Außerdem befassten sich einige Studien in diesem Review mit der Schlafqualität und kognitiven Fähigkeiten.

Alarmierend ist, dass pflegende Angehörige von Personen mit Demenz schlechter bei kognitiven Tests abschneidet als die Vergleichsgruppe, da kognitive Fähigkeiten

eine wichtige Rolle bei der Pflege von Angehörigen spielen. Noch alarmierender ist, dass sie gleichzeitig ein erhöhtes Risiko davontragen, später selbst an Demenz zu erkranken.

In einer Studie von Schüz, et al. (2015) wird beschrieben, dass die Prävalenz von psychischen Symptomen (wie etwa Depression oder Angst) sinkt, wenn pflegende Angehörige von Personen mit Demenz an mehr Freizeitaktivitäten teilnehmen. 51% der Probanden und Probandinnen hatten ein hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken, und 7% gaben Symptome der Angst an. Nach 10 Wochen der Teilnahme an einer bestimmten Freizeitaktivität (wie etwa Kirchenchor, Selbsthilfegruppen, Künstlerverein,...), nahmen die Zahlen erheblich ab. Es wurde auch gezeigt, dass es eine schützende Wirkung vor Symptomen der Angst haben kann, wenn pflegende Angehörige einer Selbsthilfegruppe angehören und sich somit mit anderen austauschen können.

Pflegende Angehörige stellen für Österreich aus ökonomischer Sicht ein großes personelles, wie auch finanzielles Potential dar. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, gibt es für pflegende Angehörige in Österreich verschiedene, wenn auch wenige, Unterstützungsangebote. Aus dem letzten österreichischen Bericht über die Situation pflegender Angehöriger (Pochobradsky, et al., 2005) geht hervor, dass diese Angebote nicht ausreichend in Anspruch genommen werden und gerade deshalb scheinen sie derzeit auszureichen. Das kann verschiedene Gründe haben:

Angst, Scham oder Scheu könnten Auslöser dafür sein, keine fremden Personen in das private Umfeld zu lassen. Für viele Menschen ist das Zuhause ein Zufluchtsort und ein geschützter Bereich und deshalb verzichten sie lieber auf notwendige Unterstützung. Ein weiterer Grund könnte die Selbstüberschätzung der eigenen Person sein, aber gleichzeitig auch die Unterschätzung der Betreuungs- und Pflegepersonen. Hinzu kommt auch, dass pflegende Angehörige unzureichend über Angebote und Leistungen informiert sind oder diese aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht in Anspruch genommen werden.

Weitere Angebote für pflegende Angehörige, die in Anspruch genommen werden können, sind:

- Angehörigengruppen
- Informationsabende
- Schulungsangebote
- Alzheimercafes
- Schriftliche Ratgeber und Broschüren
- Telefonische Beratung (Caritas Österreich, 2015; Hilfswerk Österreich, 2015)

Nichtsdestotrotz, kann informelle Pflege auch einen positiven Effekt auf pflegende Angehörige haben.

Pinquart und Sörensen (2003) fanden im Rahmen einer Metaanalyse eine Reihe verschiedener positiver Auswirkungen. Dabei gaben die Partizipanten und Partizipantinnen an, sich durch die übernommenen Pflegetätigkeiten nützlicher zu fühlen und viele der Befragten waren stolz über die bisher gemeisterten Aufgaben und Krisen. Außerdem lernten sie sich selbst besser kennen, vertieften die Beziehung zu dem Pflegebedürftigen und konnten persönlich reifen.

4.1 Forschungsempfehlungen

Durch die Literaturrecherche wurde ersichtlich, welche Auswirkungen informelle Pflege auf die Gesundheit haben kann. Dabei wurden aber hauptsächlich Studien gefunden, die die aktuelle Situation von pflegenden Angehörigen widerspiegelt. Deshalb wäre es wichtig weitere Studien zu Langzeitfolgen durchzuführen.

Es wäre außerdem sinnvoll, pflegende Angehörige zu befragen, welche Unterstützungsmöglichkeiten sie brauchen würden beziehungsweise wo sie Hilfe benötigen. Dies könnte mithilfe einer Metaanalyse umgesetzt werden.

Um spezialisiertere Betreuungsangebote und Konzepte anbieten zu können, müssten Belastungen, die auf pflegende Angehörige einwirken, genauer definiert werden.

Wie schon erwähnt, wurde die letzte österreichweite Studie zur Situation pflegender Angehöriger von Pochobradsky, et al. (2005) durchgeführt, also ist es unbedingt notwendig eine aktuelle Studie durchzuführen, um weitere Studien darauf aufbauen zu können und entsprechende Maßnahmen in der Praxis zu setzen.

4.2 Praxisempfehlungen

Um den negativen gesundheitlichen Auswirkungen vorzubeugen, ist es notwendig, dass der Informations- und Aufklärungsgrad über Unterstützungsmöglichkeiten erhöht wird. Dies kann zum Beispiel geschehen, indem Pflegegeldbezieherinnen und –bezieher jährlich Informationen zugesandt bekommen oder durch Schulungen informiert werden.

In Österreich werden mobile Betreuungsdienste zwar flächendeckend angeboten (Pochobradsky, et al., 2005), jedoch fehlt vor allem in den ländlicheren Regionen der Zugang zu niederschweligen Betreuung- und Beratungsangeboten. Um diesen entgegenzuwirken, wurde 2017 das Primärversorgungsgesetz definiert. Dabei sollen Primärversorgungseinheiten, vor allem in den ländlichen Regionen, bis zum Jahr 2021 bereitgestellt werden. Das Kernteam dieser Einheiten besteht aus Ärzten und Ärztinnen und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (Primärversorgungsgesetz, 2017)

Weiters sollte die derzeit vorrangige medizinisch-pflegerische Beratung durch eine individuelle und bedürfnisorientierte Beratung und Betreuung abgelöst werden.

4.3 Limitationen und Stärken

Alle acht inkludierten Studien wurden in den letzten fünf Jahren veröffentlicht. Dies zeigt, dass dieses Literaturreview anhand aktuellster Literatur geschrieben wurde. Dies kann allerdings auch als Limitation genannt werden, da ältere und relevante Literatur dadurch außer Acht gelassen wurde. Die Studien erreichten alle über 80% beim Hawker et. al. (2002) Bewertungsborgen, das spricht für eine hohe Qualität der Studien, denn somit wurde verhindert, dass Studien mit geringer Qualität in dieses Literaturreview miteinbezogen wurden.

Eine weitere Stärke der vorliegenden Arbeit ist, dass der verwendete Beurteilungsbogen ein Bewertungsinstrument für jedes Studiendesign darstellt, da er sehr allgemein gehalten ist. Dadurch kann die Qualität der Studien untereinander verglichen werden.

Als Limitation muss genannt werden, dass nur englisch- und deutschsprachige Studien inkludiert wurden, und somit relevante Studien in anderen Sprachen außer Acht gelassen werden mussten.

Die Literaturrecherche war auf den Zeitraum Oktober 2017 bis März 2018 beschränkt, und stellt somit eine weitere Limitation dar.

Da es in dieser Arbeit sehr viele unterschiedliche Ergebnisse gibt, lassen sie sich nur sehr schwer miteinander vergleichen und mussten somit einzeln diskutiert werden.

4.4 Schlussfolgerung

Abschließend kann gesagt werden, dass pflegende Angehörige aufgrund ihrer Pflegetätigkeit mit gesundheitlichen Auswirkungen konfrontiert werden.

Durch die Studien, die zusammengefasst wurden, konnte gezeigt werden, dass die Übernahme der Pflegetätigkeiten für einen Angehörigen oder eine Angehörige psychische und körperliche Folgen hat. Zum einen wären das Depression und Angstzustände, sowie vermindertes Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung und eine gesteigerte Einsamkeit. Zum anderen gibt es auch körperliche Folgen: die Zunahme des Body-Mass-Index, verminderte Häufigkeit von sportlichen Aktivitäten, ein erhöhter Blutdruck und eine verminderte Immunreaktion und Stressresistenz. Ein wichtiges Ergebnis ist außerdem, dass das Risiko, selbst an Demenz zu erkranken, bei pflegenden Angehörigen von Personen mit Demenz signifikant erhöht ist.

Um diesen Auswirkungen vorzeitig entgegenzuwirken, ist es wichtig, pflegenden Angehörigen Entlastung zu bieten und Beratung und Betreuung zu geben. Hierbei gilt, auf die individuellen Bedürfnisse des pflegenden Angehörigen einzugehen.

In diesem Literaturreview wurden hauptsächlich Studien gefunden, die die aktuelle Situation von pflegenden Angehörigen widerspiegelt. Deshalb wäre es wichtig, weitere Studien zu den Langzeitfolgen durchzuführen.

4 Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, A. & Tolsdorf, M., 2013. Bedürfnisorientierung ist entscheidend. *Die Schwester Der Pfleger*, Issue 6, pp. 596-599.

Arbeiterkammer, 2014. *Pflege und Betreuung älterer Menschen in Wien*. Wien: AK Wien.

Blinkert, B. & Klie, T., 2008. *Soziale Ungleichheit und Pflege*. [Online]
Abrufbar unter: <http://www.bpb.de/apuz/31342/soziale-ungleichheit-und-pflege?p=all>
[Zugriff am 15. Oktober 2017].

Brügger, S., Jaquier, A. & Sottas, B., 2015. Die Strategien der pflegenden Angehörigen. *Langzeitpflege*, Oktober, pp. 27-29.

Budroni, H. & Schnepf, W., 2010. Die Entdeckung der Angehörigen. *Die Schwester Der Pfleger*, pp. 218-221.

Caritas, 2015. *Caritas Österreich*. [Online]
Abrufbar unter: <https://www.caritas-rundumbetreut.at/unser-angebot/was-wir-tun/>
[Zugriff am 06. Februar 2018].

Continentale-Krankenversicherung, 2016. Pflegende Angehörige: Zwischen Erschöpfung, Liebe und Pflichtgefühl. *Continentale-Studie*, September.

de Zwart, P., Bakx, P. & van Doorslaer, E., 2017. Will you still need me, will you still feed me when I'm 64? The health impact of caregiving to one's spouse. *Wiley Health Economics*, Mai, pp. 127-138.

Fonareva, I. & Oken, B., 2014. Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *Int Psychogeriatrics*, Mai, pp. 725-747.

Gröning, K., Kunstmann, A. & Rensing, E., 2004. *In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Haberstroh, J., Neumeyer, K. & Pantel, J., 2016. *Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende*. 2. Hrsg. Berlin: Springer Verlag.

Hajek, A., Bock, J.-O. & König, H.-H., 2017. Association of informal caregiving with body mass index and frequency of sporting activities: evidence of a population-based study in Germany. *BMC Public Health*, September, pp. 1-10.

Hajek, A. & König, H.-H., 2017. The longitudinal association between informal caregiving and body mass index in the second half of life: findings of the German Ageing Survey. *Public Health*, Juni, pp. 81-86.

Hansen, T. & Slagsvold, B., 2013. The psychological effects of providing personal care to a partner: a multidimensional perspective. *Health Psychology Research*, pp. 126-134.

Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299

Hilfswerk, 2015. *Hilfswerk Österreich*. [Online]
Abrufbar unter: <https://www.hilfswerk.at/oesterreich/24-stunden-betreuung>
[Zugriff am 06. Februar 2018].

Huang, S., Wu, H. & Chiao, L., 2009. stressors, social support, depressive symptoms and general health status of Taiwanese caregivers of persons with stroke or Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 502-511.

Jung, R., Trunkeschitz, B. & Schneider, U., 2007. Informelle Pflege und Betreuung älterer Menschen durch erwerbstätige Personen in Wien. Darstellung von Dimension und Struktur auf Basis bisheriger Erhebungen. *Forschungsberichte des Forschungsinstituts für Altersökonomie*, Dezember.

Kerres, A. & Seeberger, B., 2000. Laienpflege - Situation und Perspektive. *Heilberufe*, Januar, pp. 32-34.

Koyanagi, A. et al., 2017. Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community based surveys. *Journal of Psychiatric Research*, Juni, pp. 115-123.

Lademann, J. & Isfort, M., 2014. Informelle Pflege. In: P. Heute, Hrsg. *Menche Nicole*. Langen/Hessen: Urban & Fischer, p. 33.

Machi, L. & McEvoy, B., 2012. *The Literature Review - Six Steps To Success*. 2. Hrsg. USA: Corwin.

Marihuber, I. & Sardadvar, K., 2017. *Erwerbstätige pflegende Angehörige in Österreich: Herausforderungen im Alltag und für die Politik*. Wien: FORBA-Forschungsbericht.

Pinquart, M. & Sörensen, S., 2003. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta analysis. *Psychological Aging*, pp. 250-267.

Pochobradsky, E. et al., 2005. *Situation pflegender Angehöriger*, Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

Romero-Martínez, Á. & Moya-Albiol, L., 2017. Stress-Induced Endocrine and Immune Dysfunctions in Caregivers of People with Eating Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Dezember, pp. 1-10.

Schmitz, H. & Westphal, M., 2015. Short- and medium-term effects of informal care provision on female caregiver's health. *Journal of Health Economics*, pp. 174-185.

Schroer-Mollenschrott, C., Pustmüller, B. & Sparenberg, J., 2011. Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten. *Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, Band 7.

Schüz, B. et al., 2015. Leisure time activities and mental health in informal dementia caregivers. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, pp. 230-248.

Singh, K., Chang, C. & Gershwin, M., 2014. IgA deficiency and autoimmunity. *Autoimmune Review*, pp. 163-177.

Sonnleitner, G., 1999. Pflegende Angehörige. Hingabe und Abgrenzung. *ProCare*, September, pp. 22-23.

Sozialversicherungsanstalt, 2017. SVA. [Online]
Abrufbar unter: <https://www.svaqw.at/>
[Zugriff am 15. Dezember 2017].

Torimoto-Sasai, Y. et al., 2015. Female family caregivers face a higher risk of hypertension and lowered estimated glomerular filtration rates: a cross-sectional, comparative study. *BMC Public Health*, pp. 1-10.

5 Anhang

Hawker et al. (2002) Beurteilungen

Punkte:

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Stress-Induced Endocrine and Immune Dysfunctions in Caregivers of People with Eating Disorders (Romero-Martínez & Moya-Albilol, 2017)

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Poor – Inadequate Abstract

Der Titel lässt auf kein Studiendesign schließen, Abstract ist nicht gut strukturiert, enthält Hintergrund, Ziel, Ergebnisse und Schlussfolgerung – Methode wird im Abstract gar nicht beschrieben

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair - Some background and literature review. Research questions outlined.

Hintergrund gut beschrieben – jedoch sehr alte Literatur (1987), Die Ziele der Studie werden am Ende der Einleitung gut und verständlich beschrieben.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good - Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Die Methoden dieser Studie wurden genau beschrieben, Vorgangsweise ist nachvollziehbar, Erhebungsinstrumente wurden erklärt – Details der Datenerhebung werden genannt

4. **Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good - Sample size justified. Most information given, but some missing.

Alter, Geschlecht, und weitere Charakteristiken der Partizipanten werden aufgezeigt, man kann nachvollziehen wie die Partizipanten für diese Studie rekrutiert wurden (per Email und durch das Krankenhaus), jedoch werden keine Response-Rates aufgezeigt und Sample-Größe für diese Studie zu klein.

5. **Data analysis:**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good - Clear description of how analysis was done. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Die Datenanalyse wird in dieser Studie genau beschrieben: Analyseinstrumente wurden erklärt und es wird erwähnt warum diese verwendet wurden, es wurde auch aufgezeigt, welche p-Werte statistisch signifikant gelten.

6. **Ethics and bias:**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Fair - Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Ethische Unklarheiten wurden erwähnt, Die Studie wurde vom Ethikkomitee der University of Valencia genehmigt, Die Partizipanten gaben alle eine schriftliche Bestätigung.

7. **Results:**

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Der Ergebnisteil ist gut strukturiert und übersichtlich. Er ist verständlich und logisch aufgebaut. Die Tabellen sind verständlich und werden im Text gut beschrieben, Die Ergebnisse werden mit p-Werten hinterlegt und sind nachvollziehbar. Die Ergebnisse beantworten das Ziel der Studie.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Fair - Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question

Setting und Rahmenbedingungen wurden beschrieben, Jedoch scheinbar nicht wirklich repräsentativ für alle pflegenden Angehörigen, da die Sample Größe zu klein ist. Ansonsten kann diese Studie gut mit ähnlichen Studien verglichen werden.

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Diese Studie ist aktuell und zeigt, dass pflegende Angehörige eine niedrigere Stressresistenz haben und eine geringere Immunabwehr – erkennt aber dennoch selbst, dass sie eine zu kleine Samplegröße haben und geben demnach auch Empfehlungen an Forschung UND Praxis ab.

PUNKTE: 30

Association of informal caregiving with body mass index and frequency of sporting activities: evidence of a population-based study in Germany (Hajek et al., 2017)

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Aus dem Titel erkennbar um was es sich handelt, wichtigste Schlüsselwörter sind enthalten, Abstract gut strukturiert, es ist verständlich um was es sich handelt, ohne den Volltext gelesen zu haben. Wichtigste Teile sind enthalten.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Hintergrund wird ausführlich beschrieben und mit aktueller Literatur hinterlegt, Forschungslücken werden genannt. Ziel wird klar und gut verständlich beschrieben, auch die Forschungsfrage wird angegeben.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Die Methoden dieser Studie werden gut und verständlich erklärt, die Datenerhebung wird genau beschrieben und ist nachvollziehbar, Fragen des Fragebogens sind angegeben und die dazugehörigen Antwortmöglichkeiten auch.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

In dieser Studie ist die Samplegröße angemessen, es wurde genau erklärt wie die Partizipanten und Partizipantinnen rekrutiert wurden und welche Charakteristiken sie haben (darunter Geschlecht, Alter, BMI, Art der informellen Pflege und so weiter).

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Es wurde angegeben wie die Daten analysiert wurden, Beschreibung der Regressionsanalyse, Signifikanz wurde angegeben, Gründe warum welche Analyseinstrumente verwendet wurden sind angegeben.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Ethische Probleme wurden angeführt und diskutiert, es wurde aber angegeben, dass in dieser Studie keine Genehmigung der Ethikkommission notwendig wäre, da die Kriterien für eine Genehmigung nicht erfüllt worden sind: „*Please note that an ethical statement for the DEAS study was not necessary because criteria for the need of an ethical statement were not met (risk for the respondents, lack of information about the aims of the study, examination of patients).*”

Von allen Partizipanten wurde ein written consent eingeholt.

Bias: Störfaktoren wurden genannt.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Die Ergebnisse werden erklärt, es gibt allerdings sehr viele Tabellen und diese werden nur zum Teil erklärt. Die Resultate beantworten dennoch die Forschungsfrage oder das Forschungsziel. Ergebnisse mit p-Werten hinterlegt und waren nachvollziehbar.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Das Setting dieser Studie wird beschrieben und die Samplegröße ist ausreichend. Somit ist diese Studie sehr repräsentativ. Sie kann gut mit anderen Studien verglichen werden.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Diese Studie untersuchte eine Forschungslücke und gab diese auch an, außerdem gaben die Autoren sowohl Empfehlungen an Forschung, sowie an die Praxis ab.

PUNKTE: 35

The longitudinal association between informal caregiving and body mass index in the second half of life: findings of the German Ageing Survey (Hajek & König, 2017)

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Fair Abstract with most of the information.

Titel ist länger als notwendig, man kann ableiten, um welches Studiendesign es sich handelt, die wichtigsten Informationen sind enthalten. Beim Abstract fehlt der Hintergrund. Ziel, Methoden, Ergebnisse, Schlussfolgerung und Keywords sind enthalten, Abstract gut strukturiert.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Einleitung vollständig, Literaturrecherche mit aktueller Literatur durchgeführt. Forschungslücke wird aufgezeigt und Ziele der Studie werden detailliert angegeben.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Methoden werden verständlich und nachvollziehbar dargelegt, die Datenerhebung wird detailliert erklärt und wie diese durchgeführt wurde. Fragen werden dargelegt und welche Assessmentinstrumente zum Einsatz kamen.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Die Stichprobe wurde anhand einer Tabelle übersichtlich beschrieben und wie die Forscher und Forscherinnen zu dieser Stichprobe kamen, Stichprobengröße ist gerechtfertigt, die Antwortraten werden aufgezeigt und erklärt.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Die Analyse der Daten wurde ausführlich dargelegt, Signifikanzlevel wurde festgelegt, Erklärung für die Wahl von Analyseinstrumenten dargelegt.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Poor Brief mention of issues.

Ethische Probleme werden nicht dargestellt – es wird auch auf keine Genehmigung einer Ethikkommission verwiesen, dafür werden bias und Störfaktoren ausführlich beschrieben, von den Partizipanten wurde ein written consent eingeholt.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Die Ergebnisse werden zwar beschrieben, Ergebnisteil ist sehr kurz, dafür sehr verständlich und logisch aufgebaut. Die Tabelle ist nachvollziehbar und wird im Text kurz beschrieben.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Diese Studie ist repräsentativ, da eine sehr große Stichprobe gewählt wurde. Das Setting wurde beschrieben, und kann gut mit ähnlichen Studien verglichen werden.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Studie gibt sowohl Empfehlungen für Forschung, als auch für Praxis ab. Es werden neue Erkenntnisse sichtbar, auf denen weitere Studien aufgebaut werden könnten.

PUNKTE: 32

Physiological und functional consequences of caregiving for relatives with dementia (Ronareva & Oken, 2014)

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Im Abstract sind Hintergrund, Methoden, Ergebnisse und Schlussfolgerung vorhanden, Im Titel fehlt die Information, dass es sich um ein Literaturreview handelt; Keywords sind vorhanden.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions

In der Einleitung ist alles vorhanden, sie ist strukturiert und klar aufgebaut. Vor den Methoden wird das Ziel der Arbeit nochmal hervorgehoben.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Die genaue Vorgehensweise der systematischen Literaturrecherche wird hier beschrieben und mit einem Flow Chart bildlich dargestellt.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing. –

Das Sampling wurde im Ergebnisteil nur mangelhaft beschrieben und es wird nicht

angeführt wie die PartizipantInnen rekrutiert wurden.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Poor Minimal details about analysis.

In diesem Literaturreview wurde nicht beschrieben wie die Daten bzw. Studien analysiert und bewertet wurden.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Bias wurden als Extra Punkt angeführt und die Ethischen Pfeiler wurden eingehalten.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse wurden in Kategorien eingeteilt und übersichtlich angeführt und ausführlich erklärt. Tabellen wurden im Text erklärt und sind verständlich. Das Ziel wurde mit den Resultaten beantwortet.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Die Resultate dieses Literaturreviews sind präsentativ, da 37 Studien inkludiert wurden. Dadurch kann diese Studie für pflegende Angehörige von Personen mit Demenz herangezogen werden.

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

In diesem Literaturreview werden Empfehlungen für weitere Forschung

angegeben.

PUNKTE: 33

Female caregivers face a higher risk of hypertension and lowered estimated glomerular filtration rates: a cross-sectional, comparative study (Torimoto-Sasai et al., 2015)

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Man kann aus Titel und Abstract genau herauslesen, um was es in dieser Studie geht und wie diese durchgeführt wurde. Der Abstract ist gut strukturiert, Hintergrund, Methoden, Ziel, Ergebnisse und Schlussfolgerung sind vorhanden, Auch die Keywords sind dabei.)

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives.

Hintergrund gut beschrieben, mit aktueller Literatur hinterlegt, Forschungslücke ist angegeben, Forschungsfrage fehlt, jedoch wird das Forschungsziel gut beschrieben.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Design ausreichend beschrieben, Questionnaires vorhanden und ausreichend erklärt; Datenanalyse und –synthese angeführt.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Partizipanten wurden definiert mit Alter, Geschlecht, pflegende und nicht-pflegende Angehörige. Pflegende Angehörige wurden anhand von Hauskrankenpflegestellen rekrutiert und Nicht-pflegende Angehörige über ein Universitäts-Gesundheitszentrum.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Weibliche und männliche Daten wurden getrennt voneinander analysiert, Grund dafür mit Literatur hinterlegt angegeben, Es wurde genau angegeben mit welchen Methoden und Modellen die Daten analysiert wurden und wie sie schlussendlich ausgewertet wurden.

6. **Ethics and bias:**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Die Einverständnis der Partizipanten wurden per signed consent eingeholt und die Studie wurde durch die Ethikkommission Jikei geprüft. Störfaktoren wurden angegeben.

7. **Results:**

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse sind leicht zu verstehen und übersichtlich gestaltet. Tabellen wurden im Text erklärt und sind verständlich und die Ergebnisse können das Ziel bestätigen bzw. beantworten.

8. **Transferability or generalizability:**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Die Resultate dieser Studie sind für die japanische Population bzw. den Asiatischen Raum repräsentativ, da man zB. Blutwerte nicht mit Menschen aus dem europäischen Raum vergleichen kann, bzw. diese schwanken können.

9. **Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

In dieser Studie werden Empfehlungen sowohl für die Praxis als auch für die Forschung dargelegt.

PUNKTE: 36

Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys (Koyanagi et al., 2017)

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Poor – Inadequate abstract

Im Titel sind alle Informationen enthalten – Studiendesign kann man ableiten, Der Abstract ist nicht gut strukturiert, zu wenig Background (nur ein Satz), Ziel wird nicht definiert – nur die Tatsache, dass die Studie durchgeführt wird, Methoden und Ergebnisse werden im Abstract zu genau und zu kompliziert wiedergegeben, Schlussfolgerung ist im Abstract enthalten

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Der Hintergrund gibt einen guten Einblick in die Thematik und zieht einen roten Faden bis zu den Zielen durch – Ziele sind in der Einleitung gut beschrieben, mit aktueller Literatur hinterlegt. Forschungslücke wird aufgezeigt.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Der Methodenteil ist verständlich und nachvollziehbar beschrieben

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Stichprobengröße ist repräsentativ und für diese Studie gerechtfertigt, die Charakteristiken (Alter und Geschlecht) werden in einer Tabelle aufgezeigt, Es wird beschrieben wie die Probanden für diese Studie rekrutiert wurden. Antwortraten wurden aufgezeigt und beschrieben.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Es wird genau beschrieben mit welchem Programm die Datenanalyse durchgeführt wurde, mit welchen Variablen und wie diese durchgeführt wurde.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Die Ethischen Problemfelder wurden dargelegt und die Untersuchungen fanden in Übereinstimmung mit der aktuellsten Deklaration von Helsinki statt. Alle Partizipanten wurden stimmten anhand eines „informed consent“ zu. Bias wurden ausführlich und nachvollziehbar beschrieben.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse sind klar, verständlich und logisch aufgebaut, mit Abbildungen und Tabellen unterstrichen. Tabellen und Abbildungen werden im Text verständlich erklärt, Die Resultate beantworten das Ziel dieser Studie.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Da diese Studie in 58 Ländern der Welt und mit vielen Partizipanten durchgeführt wurde, ist sie sehr repräsentativ. Es kann gut mit anderen Studien verglichen werden, da das Setting und der Inhalt der Studie gut beschrieben wird.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Fair Two of the above

In dieser Studie werden Empfehlungen für das Gesundheitssystem im Allgemeinen geliefert, da diese Studie in 58 Ländern der Welt durchgeführt wurde.

PUNKTE: 33

The psychological effects if providing personal care to a partner: a multidimensional perspective. (Hansen & Slagsvold, 2013)

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Fair Abstract with most of the information.

Der Abstract wird gut gegliedert, es fehlen die Keywords und das Ziel der Studie ist zu mangelhaft erklärt.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Gibt einen guten Hintergrund und damit gute Einführung in die Thematik, die Literaturrecherche wird mit aktueller Literatur hinterlegt und die Forschungslücke und Forschungsziele sind angegeben und beschrieben.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

In dieser Studie wird die Methode genau beschrieben, der Datensammlungsprozess wird verständlich und nachvollziehbar dargestellt.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Die Stichprobe wird gut beschrieben und auch wie die PartizipantInnen rekrutiert wurden, Stichprobengröße ist gerechtfertigt und die Antwortraten wurden aufgezeigt und erklärt.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Es wurde angegeben wie die Daten analysiert wurden, Beschreibung der Regressionsanalyse, Signifikanz wurde angegeben, Gründe warum welche Analyseinstrumente verwendet wurden sind angegeben.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Very Poor No mention of issues.

Es wird in der gesamten Studie nicht angegeben, ob es eine ethische Zustimmung gab oder nicht, Störfaktoren wurden auch nicht aufgelistet, es wird nur angegeben, dass die Partizipanten und Partizipantinnen einen „informed consent“ zur Zustimmung abgaben.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse warden übersichtlich, verständlich und nachvollziehbar beschrieben, Tabellen sind einfach zu verstehen und warden im Text zusätzlich beschrieben. Die Ergebnisse beantworten das Ziel dieser Studie.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Diese Studie wirkt repräsentativ, die Stichprobengröße für das Studiendesign angemessen und die Ergebnisse können gut mit ähnlichen Studien verglichen werden.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Es werden Empfehlungen sowohl für Forschung, als auch für die Praxis angegeben, Neue Erkenntnisse werden dargelegt, auf die weitere Forschung aufbauen kann.

PUNKTE: 32

Will you still need me, will you still feed me when I'm 64? The health impact of caregiving to one's spouse (de Zwart et al., 2017)

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Fair Abstract with most of the information.

Der Abstract wurde in dieser Studie eher kurz gehalten, Ziel der Studie bzw. Forschungsfrage wurde nicht angegeben, Schlussfolgerung fehlt.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Durch die Einleitung wird gut in die Thematik eingeführt, Literaturreview wurde mit aktueller Literatur hinterlegt (nicht älter als 10 Jahre) , Forschungsziel, Forschungslücke und Forschungsfrage werden angeführt.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Die Methode und die Datensammlung werden übersichtlich und detailliert dargelegt.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Die Samplingmethode ist für das Studiendesign angemessen, Die Population der Studie wird im Text und durch Tabellen beschrieben; Samplinggröße angemessen. Die Responserates werden dargelegt und erklärt.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Die Erklärung für die Datenanalyse ist verständlich, Die Analyseinstrumente werden angeführt und erklärt, die Gründe für die Auswahl der jeweiligen Instrumente werden beschrieben, Statistische Signifikanz wird in diesem Teil diskutiert und dargestellt.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Very Poor No mention of issues.

Ethische Probleme werden nicht diskutiert, Es wird auch nicht angeführt wie und ob die Partizipanten und Partizipantinnen zugestimmt haben, Es gibt keinen ethischen Bescheid.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse werden gut gegliedert, sind verständlich, genau beschrieben und logisch aufgebaut.

Die Tabellen sind einfach zu verstehen und werden ebenfalls im Text beschrieben, die Ergebnisse werden mit aktueller Literatur verglichen.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Die Studie repräsentativ, und die Ergebnisse sind vergleichbar mit ähnlichen Studien (wird im Diskussionsteil auch gemacht),

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Diese Studie liefert neue Erkenntnisse über die Auswirkungen von informeller Pflege und gibt Empfehlungen für weitere Forschung und für die Praxis.

PUNKTE: 32