

Bachelorarbeit

Psychosoziale Folgen von chronischen Wunden

Eingereicht von
Marlene Gutjahr

Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science (BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter Anleitung von
Fr. Drⁱⁿ Manuela Hödl, BSc MSc
Graz, 24. März 2020

Eidesstattliche Erklärung

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

24.03.2020

GUTJAHR MARLENE, e.h.“

Inhaltsverzeichnis

Eidesstaatliche Erklärung	II
Zusammenfassung.....	V
Abstract.....	VI
1 Einleitung.....	1
1.1 Ulcus cruris	1
1.1.1 Ulcus cruris venosum	2
1.1.2 Ulcus cruris arteriosum	3
1.1.3 Ulcus cruris mixtum	4
1.2 Diabetisches Fußsyndrom.....	4
1.3 Dekubitus	5
1.4 Therapie bei chronischen Wunden.....	6
1.4.1 Wundtherapie in der Exsudationsphase	6
1.4.2 Wundtherapie in der Granulationsphase	7
1.4.3 Wundtherapie in der Epithelisierungsphase	7
1.5 Psychosoziale Gesundheit	8
1.6 Forschungsfrage und Ziel.....	9
2 Methode.....	10
2.1 Design.....	10
2.2 Literaturrecherche	10
2.3 Studiaauswahl.....	11
2.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Studien	11
2.3.2 Critical Appraisal.....	12
3 Ergebnisse.....	14
3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien	14
3.2 Psychische Folgen von chronischen Wunden.....	21
3.2.1 Depressionen.....	21

3.2.2	Schmerzen	23
3.2.3	Stress	24
3.2.4	Suizid	25
3.2.5	Sexualität	25
3.2.6	Selbstwahrnehmung	25
3.3	Soziale Folgen von chronischen Wunden	26
3.3.1	Soziale Folgen	26
3.3.2	Angst	28
3.3.3	Bildung/ sozialer Status	30
3.3.4	Finanzielle Folgen	30
4	Diskussion	31
4.1	Empfehlungen für die Forschung	36
4.2	Empfehlung für die Praxis	37
5	Schlussfolgerung	38
6	Referenzliste	39

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Flussdiagramm	13
----------------------------------	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords	10
Tabelle 2: Suchstrategie	11
Tabelle 3: Charakteristika der Studien	16

Zusammenfassung

Hintergrund: Angesichts der alternden Bevölkerung, steigt auch der Anteil der Menschen, welche an einer chronischen Erkrankung leiden. Zu den chronischen Erkrankungen gehören auch die chronischen Wunden, wie das Ulcus cruris, das diabetische Fußsyndrom und der Dekubitus. Um eine ganzheitliche und kompetente Wundversorgung zu gewährleisten, wie es im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankert ist, müssen die psychosozialen Folgen, dieser chronischen Wunden, in die Pflege miteinbezogen werden.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden welche psychosozialen Folgen von chronischen Wunden, anhand internationaler Literatur beschrieben werden.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt. Die Literatur wurde im Zeitraum von September bis Dezember 2019, in den Datenbanken PubMed und CINAHL mit den Keywords „chronic wounds“ und „psychosocial facts“ gesucht. Zusätzlich wurde eine Handsuche auf Google Scholar durchgeführt und Referenzlisten durchgesehen. Insgesamt konnten 10 Studien in das Review inkludiert werden.

Ergebnisse: In dieser Bachelorarbeit konnten diverse psychosoziale Folgen von chronischen Wunden aufgezeigt werden: Depressionen, Angst, soziale Isolation, Einsamkeit, Einschränkung in der Mobilität, verminderte Selbstachtung und Schmerzen.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass die psychosozialen Folgen einer chronischen Wunde in der Pflege nicht unbeachtet bleiben dürfen. Da sie das Leben der Betroffenen enorm einschränken und in ihrer weiteren Folge die Wundheilung, aber auch den weiteren Verlauf der Erkrankung und die Entstehung eines Rezidivs beeinflussen.

Abstract

Background: In light of the aging population, more and more people suffer from chronic diseases. Chronic diseases include chronic wounds such as leg ulcers, pressure ulcers and the diabetic foot syndrome. In order to provide a competent wound care, the psychosocial consequences of these diseases should be included within the treatment process. These inclusions are described in health and nursing law.

Aim: The aim of this bachelor thesis is to determine the psychosocial consequences concerning chronic wounds, described in the international literature.

Methods: The method used for this paper is a literature review. Therefore, a literature search was conducted using previously defined searching strategies in the databases PubMed and CINAHL with the keywords chronic wounds and psychosocial facts.

Results: Various psychosocial consequences of chronic wounds could be identified: depression, anxiety, social isolation, loneliness, mobility restrictions, reduced self-esteem and pain.

Conclusion: The results show that the psychosocial consequences of chronic wounds should not be neglected within the treatment process. These factors negatively impact a patient's quality of life, which subsequently influences the wound healing process and the course of the underlying chronic disease.

1 Einleitung

Die demographische Entwicklung in Europa gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die höhere Lebenserwartung verändert die Form der Alterspyramide. In fast allen westlichen Ländern wächst der Anteil, der über 65- Jährigen, im Gegensatz zu den restlichen Altersgruppen schneller (Eurostat, 2019).

Die europäische Bevölkerung wurde am 1. Jänner 2019 auf 513,5 Millionen Menschen geschätzt. Hierbei handelt es sich um einen Anstieg von 0,2% gegenüber dem Jahr 2018. Von diesen 513, 5 Millionen Menschen waren 19, 7% der Bevölkerung 65 Jahre alt und älter (Eurostat, 2019).

Auch in Österreich stieg der Anteil der alternden Bevölkerung und die damit zusammenhängende Lebenserwartung. Im Jahr 2020 wird der Anteil der Frauen die 60 Jahre und älter sind auf 27,7% und der Anteil der Männer die 60 Jahre und älter sind auf 23,3% geschätzt (Statistik Austria, 2019). Angesichts der alternden Bevölkerung, wächst auch der Anteil der Menschen, welche an einer chronischen Erkrankung, die durch den natürlichen physiologischen Altersprozess ausgelöst wird, leiden (Renteln-Kruse, 2001). Zu diesen chronischen Erkrankungen zählen auch chronische Wunden (Büscher und Möller, 2014). In Österreich leiden 1-3% der Bevölkerung an einer chronischen Wunde. Bei den über 85- Jährigen sind es 4-5% (Statistik Austria, 2019). Unter einer chronischen Wunde wird ein Gewebedefekt verstanden, der im Zeitraum von vier und zwölf Wochen, trotz Behandlung keine Heilungstendenz zeigt. Zu den häufigsten chronischen Wunden zählen das Ulcus cruris, das diabetische Fußsyndrom und der Dekubitus (Büscher und Möller, 2014).

1.1 Ulcus cruris

Ein Prozent der Bevölkerung ist von einem Ulcus cruris betroffen. Es wird davon ausgegangen, dass die Anzahl aufgrund der höheren Lebenserwartung unserer Gesellschaft steigen wird (Biedermann et al., 2008). Umgangssprachlich wird das Ulcus cruris als „offenes Bein“ bezeichnet. Am häufigsten tritt das Ulcus cruris aufgrund von Veränderung in den Venen oder Arterien auf. Oftmals liegt eine Zirkulationsstörung des Blutes, der Haut oder des Unterhautgewebes des Unterschenkels vor. Es kann auch in Folge von Tumoren und Pyodermie (=brennende, eitrige Entzündung) entste-

hen. Das Ulcus cruris ist ein Substanzdefekt der Haut, der sich bis in die Dermis (=Lederhaut) ausbreitet. Es kann unterteilt werden in Ulcus cruris venosum, arteriosum und mixtum (Hafner et al., 2018).

1.1.1 Ulcus cruris venosum

Das Ulcus cruris venosum (UCV) ist die am häufigsten vorkommende Art, des Ulcus cruris. Es entwickelt sich in den meisten Fällen auf der Basis der chronisch venösen Insuffizienz (CVI). Bei der CVI liegt eine Störung des venösen Systems in den Beinvenen vor. Das Blut versackt in den Beinvenen und verweilt dort, in Folge des gestörten Rücktransportes. Das kann zu einer Entstehung eines Ulcus cruris venosum führen (Protz et al., 2016).

Das UCV ist gekennzeichnet durch eine hohe Exsudatmenge (= Menge der Wundflüssigkeit) und weist auch ein feuchtglänzendes Wundmilieu, mit möglichen Fibrinbelägen (=gelbliche Auflagerungen im Wundbereich) oder entzündlichen Ablagerungen auf. Die Haut ist erwärmt, trocken bis schuppig und eine Atrophie oder Purpura (= Kapillarblutungen der Haut) kann erkennbar sein. Das UCV ist zu Beginn eine relativ flache Wunde. Die Fußpulse sind tastbar und die Wunde erstreckt sich meistens bis in die Subkutis (= Unterhaut). Das UCV befinden sich am Unterschenkel, häufigste Lokalisation ist der Innenknöchel. Die Betroffenen nehmen die Schmerzen unterschiedlich wahr, in den meisten Fällen kommt der Schmerz durch die starke Stauung in den Beinen. Für gewöhnlich kann der Schmerz durch das Hochlagern der Beine gelindert werden (Protz et al., 2016).

1.1.1.1 Therapie des Ulcus cruris venosum

An erster Stelle sollte die Therapie der Grunderkrankung, der chronisch venösen Insuffizienz stehen. Die Kompressionstherapie ist die primäre Behandlung, bei einem venösen Ulcus cruris venosum, anliegend an der konservativen und interventionellen Wund- und Venentherapie. Eine weitere mögliche kausale Therapie ist die Varizenchirurgie (= Gefäßchirurgie), welche bei jeder Form eines Ulcus cruris eingesetzt werden kann (Protz et al., 2016). Die Kompressionstherapie bewirkt eine Steigerung des Rücktransportes in das venöse System. Der dauerhafte Druck bewirkt eine Verengung der Gefäße und dadurch wird eine Verminderung des Durchmessers der Gefäße erzielt. In Folge dessen, wird die Geschwindigkeit des Blutstromes gesteigert und der Druck

in den Gefäßen wird verringert. Das Hochlagern der Beine im Bett wirkt sich ebenfalls positiv auf die Therapie und gleichfalls auf die Schmerzen der Betroffenen aus. Der Druck der Bandage sollte immer den Gegebenheiten angepasst werden. Wenn der Patient oder die Patientin im Bett liegt reicht ein geringerer Druck aus, als wenn die Betroffenen in Bewegung sind. Durch den konstanten Druck wird auch die Pumptätigkeit der Muskeln angeregt, dass sich wiederum positiv auf den venösen Rücktransport auswirkt. Wird die Kompressionstherapie regelmäßig und korrekt angewendet, kommt es zu einer peripheren Entlastung und der Gewebeumbau wird verhindert. Der UCV heilt schneller ab und die Therapie wird weiterhin als Rezidivprophylaxe angewendet. Zur Kompression werden Kurzugbandagen oder Kompressionsstrümpfe verwendet (Andriessen et al., 2017).

1.1.2 Ulcus cruris arteriosum

Das Ulcus cruris arteriosum (UCA) entsteht im Gegensatz zum UCV in Folge einer arteriellen Verschlusskrankheit. Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) entwickelt sich durch stenosierende (=verengte) oder durch okkludierende (=verschließende) Veränderungen der arterienversorgenden unteren Extremitäten, aufgrund einer Arteriosklerose. Wird die periphere arterielle Verschlusskrankheit nicht rechtzeitig behandelt, kann sich ein Ulkus oder ein Gangrän (=sich selbst auflösende Nekrose) entwickeln. Im Gegenteil zum UCV ist das UCA eine klar abgegrenzte Wunde, welche auch durch freiliegende Knochen und Sehnen gekennzeichnet sein kann. Die Fußpulse sind kaum tastbar und die Haut am betroffenen Bein ist kühl, blass, weiß bis bläulich-livide verfärbt und weist oft eine Marmorierung auf. Diese Form des Ulkus lokalisiert sich häufig an den Zehen und kann auch auf der Fußsohle, in der Höhe der Köpfchen des Mittelfußknochens vorkommen. Die Betroffenen leiden an starken Schmerzen. Hier darf das Bein auf keinen Fall hochgelagert werden, da bereits eine Minderversorgung der unteren Extremitäten vorliegt (Wollina et al., 2013).

1.1.2.1 Therapie des Ulcus cruris arteriosum

Die Therapie des UCA unterscheidet sich nicht sehr von der Therapie des UCV. Ein wesentlicher Unterschied ist, dass bei dieser Form aufgrund der verminderten Versorgung nicht komprimiert werden darf. Primär muss die Grunderkrankung behandelt werden und die Wunde gehört anhand ihres Wundstatus mit den richtigen Verbandsmaterialien versorgt, wie beim UCV (Wollina et al., 2013).

1.1.3 Ulcus cruris mixtum

Hierbei handelt es sich um eine Mischform zwischen den UCA und UCV, bei der eine chronisch venöse Insuffizienz und eine periphere arterielle Verschlusskrankheit vorliegt (Wollina et al., 2013).

1.1.3.1 Präventive Maßnahmen bei einem Ulcus cruris mixtum

Die Therapie der Grunderkrankung ist hier am wichtigsten, durch prophylaktische Maßnahmen wie Druckentlastung, richtige Hautpflege und Verminderung der Risikofaktoren können Druckgeschwüre weitgehend vermieden werden (Wollina et al., 2013).

1.2 Diabetisches Fußsyndrom

Das diabetische Fußsyndrom (DFS) ist eine Folge des unzureichend therapierten Diabetes mellitus. Die durch den Diabetes mellitus entstandene Polyneuropathie (= motorische oder sensible Ausfälle der Nerven), steht oft in Verbindung mit einer Angiopathie (=Gefäßkrankheit). Es kann zu einer chronischen Fußläsion führen, dabei bilden sich Geschwüre, die auf eine größere Fläche der unteren Extremitäten übergreifen können und im schlimmsten Fall zu einer Amputation führen (Lechleitner et al., 2019).

Die sensorische Neuropathie ist gekennzeichnet durch einen Verlust oder die Reduktion des Vibrationsempfinden, die Oberflächensensibilität auf Druck und Berührung und durch subjektive Parästhesien (=Sensibilitätsstörungen) wie Taubheitsgefühle, Kribbeln in den Beinen und unangenehme Temperaturempfindungen. Aufgrund der herabgesetzten Schmerzempfindlichkeit werden Verletzungen von den Betroffenen oft Tage bis Wochen nicht wahrgenommen. Bereits durch geringen konstanten Druck, wie ein Stein im Schuh, kann eine lokal- ischämische Nekrose (=Absterben von Zellen) ausgelöst werden. Bleibt dieser Druck aufrecht, begünstigt das die Entstehung einer Ulzeration. Es tritt an druckempfindlichen Stellen, wie den Fußballen oder an den Zehen auf. Die Ulzeration wird je nach Wundheilungsphase mit den entsprechenden Wundaufgaben versorgt, primär gehört hier auch der Diabetes mellitus therapiert und gut eingestellt. Die gestörte Wundheilung ist auch eine Folge des Diabetes, dadurch können Wunden oft nicht abheilen und es endet mit einer Amputation des Vorfußes. Das DFS kann verhindert werden, indem die Kontrolle der Füße regelmäßig durchgeführt wird. Die Zehenzwischenräume, der Fußballen sollten täglich vom Diabetiker

selbst betrachtet werden. Des Weiteren sind das passende Schuhwerk und die richtige Fußpflege auch wichtige präventive Maßnahmen (Lechleitner et al., 2019).

1.3 Dekubitus

Der Dekubitus, auch Druckgeschwür genannt, ist eine Zerstörung der Haut die durch stetigen Druck, Reibe- und Scherkräfte auf die Haut und des darunterliegenden Gewebes ausgelöst wird. Vor allem ältere Personen, die nicht in der Lage sind, ihre Position zu wechseln, sind hiervon häufig betroffen. Hauptrisikofaktor für die Entstehung eines Dekubitus ist die Immobilität, welche mehreren Ursachen, wie Lähmungen nach Unfällen und Schlaganfällen, körperliche Schwäche, aber auch die allgemeine Einschränkung der Beweglichkeit im hohen Alter haben kann. Das hohe Lebensalter spielt generell einen großen Faktor bei der Entstehung, aufgrund der altersbedingten Veränderung der Haut und der Gefäße (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

Es kommt zur konstanten Belastung auf einer bestimmten Hautstelle, hinsichtlich dieser einseitigen Belastung werden die Blutgefäße der obersten Hautschicht komprimiert. Die Zellen der Haut können nicht mehr ausreichend mit Nährstoffen und Sauerstoff versorgt werden. Daraus entwickelt sich eine Durchblutungsstörung und eine entzündliche Reaktion, die sich in Form einer Rötung äußert und bereits als Dekubitus der Stufe 1 eingestuft werden kann (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

Wenn die betroffene Stelle im Stadium 1 entlastet wird, bildet sich die Rötung ohne eine reversible Schädigung zurück. Bleibt der Druck aufrecht kommt es zum Absterben der Hautzellen in Folge der Minderdurchblutung, daraus entwickelt sich eine Nekrose. Die Nekrose kann sich auf alle Schichten der Haut ausbreiten, das kann bereits nach wenigen Tagen bis Wochen geschehen (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

Je tiefer die Hautschädigung fortschreitet, desto höherer wird der Grad des Dekubitus. Bei Dekubitus Grad 2 bildet sich eine Blase, mit Abschürfungen und es kann zu einem Teilverlust der Haut kommen. Wenn es zum Verlust aller Hautschichten oder zu einer Nekrose des subkutanen Gewebes (= Gewebe unter der Haut) kommt, welche bis zur Faszie (=Muskelhaut) reichen kann, wird von Grad 3 gesprochen. Im Grad 4, den schwerwiegendsten Grad eines Dekubitus, liegen Knochen, Sehnen und Muskeln frei.

Hier sind alle Hautschichten, das subkutane Fettgewebe und die Knochenhaut betroffen. Der Dekubitus kann Beläge und Schorfbildungen (=abgestorbenes Gewebe) aufweisen (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

1.3.1.1 Präventive Maßnahmen bei einem Dekubitus

Die Entstehung eines Dekubitus kann verhindert werden, indem die betroffene Person regelmäßig mobilisiert bzw. der Druck auf die einzelnen Körperstellen vermindert wird, dazu können auch Lagerungshilfsmittel verwendet werden. Oftmals betroffen sind Körperregionen über dem Steißbein, Fersen, Fußknöchel, Ellbogen, Wirbelsäule, aber auch der Hinterkopf kann eine Lokalisation für ein Druckgeschwür sein (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

1.4 Therapie bei chronischen Wunden

Vor allem bei chronischen Wunden ist die Wundversorgung an die entsprechende Wundphase anzupassen, da die Verbände und Auflagen je nach Wundphase variieren müssen. Um die passende Therapie für eine chronische Wunde zu finden, muss zuerst die Phase der Wundheilung bestimmt werden. Es wird zwischen der: Exsudationsphase, der Granulationsphase und der Epithelisierungsphase unterschieden (Dissemond and Kröger, 2019).

1.4.1 Wundtherapie in der Exsudationsphase

Die Exsudationsphase wird auch als Entzündungs- oder Reinigungsphase bezeichnet. Es ist die erste Phase der Wundheilung, welche mit der Blutgerinnung einsetzt. Wenn es zu einer blutenden Wunde kommt, versucht der Körper die Keime der Wunde mit dem Blut nach außen zu spülen. Als weiterer Schritt wird versucht die Blutung zu stoppen, indem sich die verletzten Gefäße verengen. Wenn die Blutung gestoppt ist, erweitern sich die Blutgefäße wieder. Diese Phase zeichnet sich durch Rötung und Erwärmung der betroffenen Stelle aus. Damit es nicht zu einer Infektion kommt versucht der Körper mit Hilfe der Lymphe (= körpereigene Immunabwehr) körperfremde Stoffe abzustößen. In dieser Phase kann die Wunde infiziert und belegt sein, des Weiteren kann sie eine grau- gelbliche Nekrose, aber auch eine schwarz- trockene Nekrose aufweisen (Dissemond and Kröger, 2019, Pschyrembel, 2020).

Ist die Wunde infiziert und belegt, mit zum Beispiel Eiter sollte das Sekret der Wunde mit einer saugenden Wundauflage aufgenommen werden. Bei infizierten Wunden sind Verbandsmaterialien, welche Silber als Wirkstoff beinhalten von Vorteil. Aber auch Alginat, Polyurethanschäume oder kristalline Kochsalzverbände können in dieser Phase verwendet werden. Bei schwarzen, nekrotischen Wunden sollte die Wunde feucht behandelt werden, dazu eignen sich gut Hydrogele und Feuchtverbände. Weißt die Wunde gräulich- gelbliche und feuchte Nekrosen auf, müssen zuerst die Beläge gelöst werden. Passend sind hier vor allem Hydrokolloide, Hydrogele mit Deckverband, Alginat oder Polyurethanschäume. Die Reinigung des Wunddebridements (=Wundgrund) sollte in jeder Phase durchgeführt werden (Dissemond and Kröger, 2019).

1.4.2 Wundtherapie in der Granulationsphase

Die Granulationsphase wird auch Reparaturphase genannt, da sich in dieser Phase neue Gefäße und neues Gewebe bildet. Die Bildung der neuen Zellen beginnt im Wundinneren und endet bei dem äußeren Rand der Wunde. Zu Beginn dieser Phase wird Bindegewebe aufgebaut, damit die Wunde an Festigkeit gewinnt. Die Wunde wird immer kleiner, da sie sich immer mehr zusammenzieht (Dissemond and Kröger, 2019, Pschyrembel, 2020).

Bei blassen, rosaroten Wunden mit einer schlechten Granulation werden Alginat, Hydrokolloide oder Kollagenschwämme verwendet. Das Wundsekret soll aufgenommen werden und die Wunde sollte immer feucht bleiben und nicht austrocknen. Des Weiteren darf die Wunde nicht verkleben. Hydrokolloide, Hydrogele mit einem Deckverband, Hydropolymere, Kollagenschwämme oder Polyurethanschäume kommen bei Wunden mit diesen Eigenschaften zum Einsatz (Pschyrembel, 2020).

1.4.3 Wundtherapie in der Epithelisierungsphase

Die letzte Phase der Wundheilung ist die Epithelisierungsphase, die sogenannte Wiederaufbauphase. Es kommt zu einem kompletten Verschluss der Wunde, durch die Bildung von Kollagenen (=ein Faserbündel bildendes „Eiweiß“). Aus den Kollagenen entwickelt sich in weiterer Folge das Narbengewebe. Die bereits verschlossene Wunde, ist leicht rötlich und noch nicht hart. Das Gewebe ist meistens dünner, als das ursprüngliche und Nervenzellen sind im geringeren Ausmaß vorhanden (Dissemond and

Kröger, 2019, Pschyrembel, 2020). In dieser Phase sollte die Wunde vor allem vor Austrocknung und Verklebung geschützt werden. Dagegen werden vor allem Hydrokolloidverbände, Hydrogele mit einem Deckverband oder Hydropolymere verwendet (Dissemond and Kröger, 2019, Pschyrembel, 2020).

1.5 Psychosoziale Gesundheit

Obwohl das Management von chronischen Wunden in den Kompetenzbereich der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege fällt (Bundesministerium, 2019) und eine ganzheitliche Pflege der Patienten und Patientinnen im Sinne des bio-psychozialen Gesundheitskonzepts der WHO (World Health Organization) angestrebt werden sollte, werden die psychischen und sozialen Auswirkungen von chronischen Wunden noch immer ungenügend in der pflegerischen Versorgung berücksichtigt (Peart, 2015, WHO, 2014).

Die Psychosoziale Gesundheit wird laut WHO als Zustand des Wohlbefindens, in dem ein Mensch seine Fähigkeiten ausschöpft, die normalen Lebensbelastungen bewältigt, sowie produktiv arbeiten kann und im Stande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen, definiert. Die Psychosoziale Gesundheit ist ein vielschichtiger Prozess der neben individuellen Aspekten maßgeblich von sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und natürlichen Umweltfaktoren beeinflusst wird (WHO, 2016).

Zu den psychosozialen Folgen einer chronischen Wunde gehören Depressionen, Angst, soziale Isolation und vieles mehr. Eine Depression ist eine affektive Störung, die durch ein niedergeschlagenes Verhalten, Interessensverlust und Antriebslosigkeit erkennbar ist. Zudem zählen das verminderte Selbstwertgefühl, Konzentrations-schwierigkeiten und eine Störung der Psychomotorik auch zu den Symptomen (Völkel, 2020).

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wird erwähnt, dass die psychosoziale Ebene bei der Versorgung der Patienten und Patientinnen miteingeschlossen werden muss. Die Pflege muss sich an den physischen, psychischen, sozialen und oft auch spirituellen Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen orientieren, denn eine chronische Wunde verursacht einen spürbaren Leidensdruck bei den Betroffenen. Ob und inwiefern das tägliche Leben der Betroffenen durch die psychosozialen Folgen von

chronischen Wunden beeinflusst wird, soll in dieser Arbeit genau erörtert werden (Bundesministerium, 2019).

1.6 Forschungsfrage und Ziel

Es ist nur sehr wenig bekannt über die psychosozialen Folgen von chronischen Wunden. Weshalb es wesentlich ist, sich mit den psychosozialen Folgen von chronischen Wunden auseinander zu setzen, um eine ganzheitliche und kompetente Betreuung bei Patienten und Patientinnen mit einer chronischen Wunde zu gewährleisten. Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, den Zusammenhang von chronischen Wunden und deren psychosozialen Folgen anhand internationaler Literatur darzustellen.

Die daraus abgeleitete Forschungsfrage, um das Ziel zu erreichen lautet: Welche psychosozialen Folgen von chronischen Wunden werden anhand internationaler Literatur beschrieben?

2 Methode

2.1 Design

Um die vorliegende Forschungsfrage: „Welche psychosozialen Folgen von chronischen Wunden werden anhand internationaler Literatur beschrieben?“, zu beantworten, wurde ein Literaturreview durchgeführt. Unter einem Literaturreview wird eine kritische Zusammenfassung bereits vorhandener Daten eines relevanten Forschungsthemas verstanden. Ziel ist es, den aktuellen Wissensstand des Themas herauszufinden und dann zu beurteilen (Polit and Beck, 2016).

2.2 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fand von 20. September 2019 bis zum 05. Dezember 2019 statt. Es wurde in den Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) gesucht. Zusätzlich wurde eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt und Referenzlisten durchgesehen.

Für die Literatursuche in den Datenbanken wurden englischsprachige Schlüsselwörter, sogenannte „Keywords“ festgelegt. Abgeleitet von der Forschungsfrage wurden die Keywords „chronic wounds“ und „psychosocial facts“ festgelegt und zahlreiche Synonyme gefunden. Zur Verbindung der Keywords wurden die „Bool’schen Operatoren“ „AND“ und „OR“ verwendet. Zusätzlich wurde eine Suche mit den „MeSH- Terms“ (Medical Subject Headings) durchgeführt, was jedoch keinen zusätzlichen Treffer erzielte.

Tabelle 1: Keywords

Keywords	Synonyme
Chronic wounds	chronic wounds, chronic wound, ulcus cruris, decubitus, diabetic foot syndrome, leg ulcer, nonhealing wound;
Psychosocial facts	psychosocial impacts, psychosocial aspects, psychosocial factors, psychosocial consequences;

Tabelle 2: Suchstrategie

Datenbank	Suchstrategie
PubMed	((((((((((("chronic wound"[Title/Abstract]) OR chronic wound*[Title/Abstract]) OR "non- healing wound"[Title/Abstract]) OR non- healing wound*[Title/Abstract]) OR "ulcus cruris"[Title/Abstract]) OR ulcus cruris*[Title/Abstract]) OR "leg ulcer"[Title/Abstract]) OR leg ulcer*[Title/Abstract]) OR "decubitus"[Title/Abstract]) OR decubitus*[Title/Abstract]) OR "diabetic foot syndrome"[Title/Abstract]) OR diabetic foot syndrome*[Title/Abstract])) AND (((((((("psychosocial"[Title/Abstract]) OR psychosocial*[Title/Abstract]) OR "psychosocial factors"[Title/Abstract]) OR psychosocial fact*[Title/Abstract]) OR "psychosocial impacts"[Title/Abstract]) OR psychosocial impact*[Title/Abstract]) OR "psychosocial aspects"[Title/Abstract]) OR psychosocial aspect*[Title/Abstract]) OR psychosocial consequences*[Title/Abstract])
CINAHL	Chronic wound* or non- healing wound* or leg ulcer* or diabetic food syndrome* or pressure ulcer* and psychosocial impact* or psychosocial aspect* or psychosocial effect* or psychosocial consequences*

2.3 Studienauswahl

In den nachfolgenden Punkten werden die Ein- und Ausschlusskriterien, das angewendete Bewertungsschemata für die identifizierten Studien, welche mithilfe der oben aufgelisteten Keywords gefunden wurden, beschrieben. Des Weiteren wird das Bewertungsinstrument, der ausgewählten Studien, beschrieben und die Ergebnisse der Suchstrategie werden dargestellt.

2.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Studien

Um Studien in diese Bachelorthesis zu inkludieren, mussten sie inhaltlich den Zusammenhang zwischen einer chronischen Wunde und den psychosozialen Folgen wiedergeben. Zu den Einschlusskriterien zählten Studien mit venösen, arteriellen, als auch gemischten Ulcera. Es wird auch der Dekubitus und das diabetische Fußsyndrom mit eingeschlossen. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass die Artikel in englischer oder deutscher Sprache verfasst sind.

Ausgeschlossen wurden Studien, welche sich auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität fokussieren, da dieser Bachelorthesis die Definition der Lebensqualität lt. WHO zugrunde liegt. Ebenfalls ausgeschlossen wurden systematische Reviews.

2.3.2 Critical Appraisal

Zur Bewertung der Studien wurde der MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) Version 2018 verwendet. Der MMAT kann zur kritischen Bewertung von qualitativen, quantitativen und Mixed- Methods Studien, die sowohl ein qualitatives als auch ein quantitatives Design aufweisen, verwendet werden. Die quantitativen Studien werden unterteilt in „randomized controlled trails“, „non randomized“ und „descriptive“. Der Bewertungsbogen besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil werden zwei allgemeine Fragen zur Studie, wie zum Beispiel „Are there clear research questions?“, und fünf spezifische Fragen zur passenden Methode gestellt. Die Fragen können mit „yes“, „no“, und „cant’t tell“ anhand einer Skala mit einem Kreuz bewertet werden. Zusätzlich können im Feld „comments“ Kommentare hinzugefügt werden. Im zweiten Part werden die einzelnen Fragen des Bewertungsinstrumentes explizit erklärt und auch genau erläutert welche Methode, für das bestimmte Design, angemessen ist (Hong et al., 2018). Der Prozess der Studiena Auswahl ist im nachfolgenden Flow Chart bildlich dargestellt.

Flow Chart

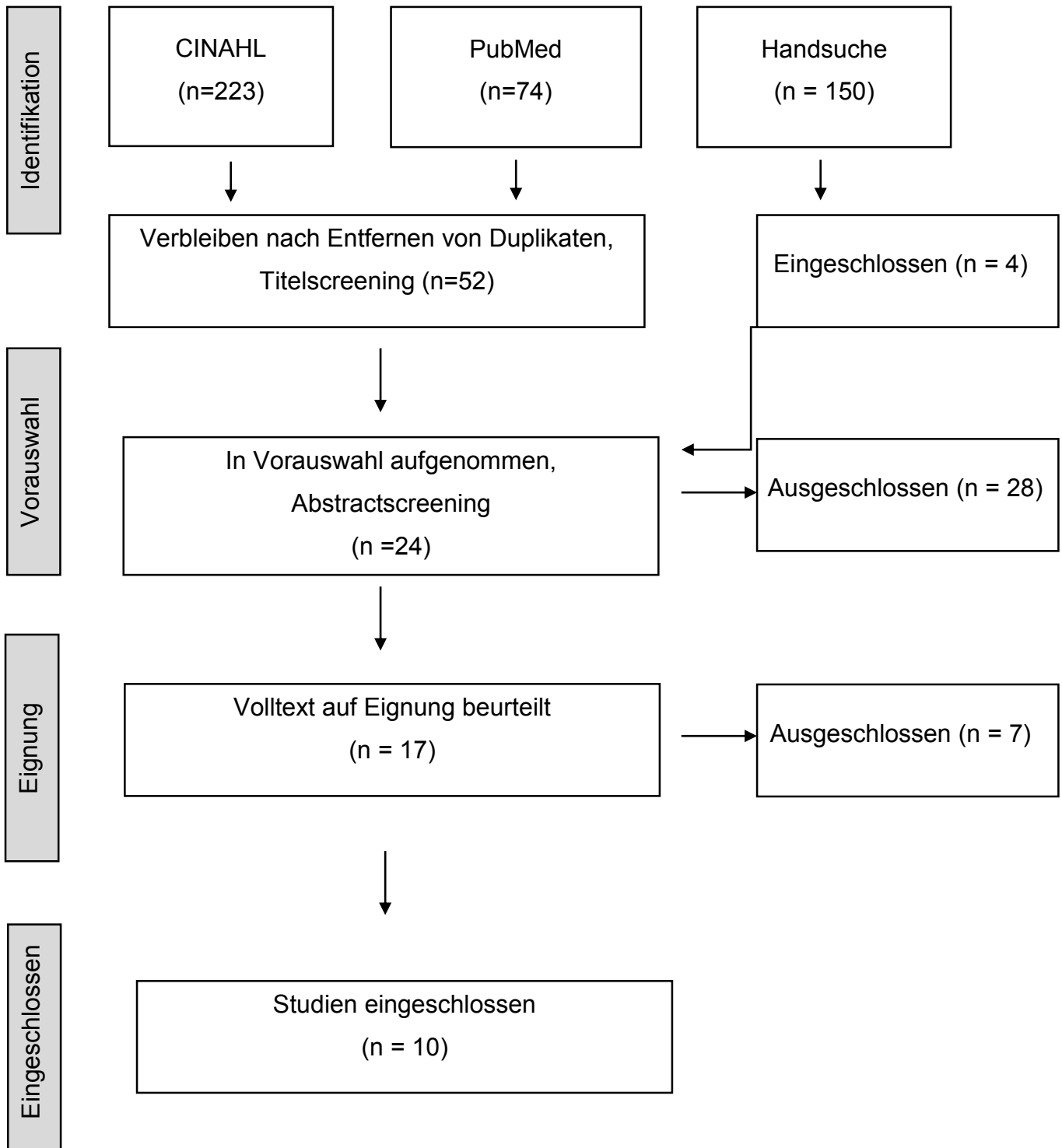


Abbildung 1. Flussdiagramm für die verschiedenen Phasen der systematischen Übersicht

3 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel der Arbeit, werden die Ergebnisse der zehn inkludierten Studien miteinander verglichen und beschrieben. In allen verwendeten Studien wird von negativen Auswirkungen auf den Betroffenen und der Betroffenen mit einer chronischen Wunde gesprochen. Die Wunde wirkt sich sowohl auf das psychische Wohlbefinden, wie auch auf das soziale Wohlbefinden aus. Die aus den Studien herausgefundenen psychosozialen Folgen von chronischen Wunden werden in den übergeordneten Themenbereichen psychische und soziale Folgen unterteilt.

3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien

Von den zehn verwendeten Studien, weisen sieben Studien ein quantitatives Design auf (Edwards et al., 2009, Fejfarová et al., 2014, Finlayson et al., 2010, Finlayson et al., 2011, Ismail et al., 2007, Kouris et al., 2016, Upton et al., 2014) und drei ein qualitatives Design (Brown, 2005, Ebbeskog and Ekman, 2001, Kapp et al., 2018). In den quantitativen Studien wurde zur Erhebung in erster Linie Fragebögen verwendet, in den qualitativen Studien wurden Interviews durchgeführt. Vier der zehn Studien stammen aus Australien, drei aus England, eine aus Griechenland, eine aus Schweden und eine aus Tschechien.

Insgesamt wurden in den qualitativen Studien 48 Teilnehmer und Teilnehmerinnen befragt, von diesen 48 Teilnehmer und Teilnehmerinnen, waren 31 Teilnehmer und Teilnehmerinnen an einem Ulcus cruris venosum erkrankt, 1 männlicher Teilnehmer hatte ein diabetisches Fußsyndrom und der Rest der Betroffenen hatte eine andere Form einer chronischen Wunde (Brown, 2005, Ebbeskog and Ekman, 2001, Kapp et al., 2018). Die Gesamtzahl der Partizipanten und Partizipantinnen der inkludierten quantitativen Studien, belief sich auf 1684, wobei sich hier der größte Anteil auf die Studie von Upton et al. (2014) bezieht, bei der 908 Angehörige des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals teilnahmen. Von diesen 1684 Teilnehmer und Teilnehmerinnen hatten 626 Menschen eine chronische Wunde. Der Großteil, der Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit einer chronischen Wunde, wies ein hohes Lebensalter auf. Lediglich in drei Studien waren Teilnehmer und Teilnehmerinnen unter 50 Jahre alt (Kouris et al., 2016, Ismail et al., 2007, Finlayson et al., 2011).

Im Rest der inkludierten Studien, lag das Alter der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zwischen 70-95 Jahren (Brown, 2005, Ebbskog and Ekman, 2001, Fejfarová et al., 2014, Kapp et al., 2018). In der Studie von Edwards et al. (2009) wurde kein Alter angegeben, aber es wurde immer von älteren Menschen gesprochen, wie es auch bei Finlayson et al. (2010) der Fall war.

Die Charakteristika der Studien, wie Forschungsziel, Design, Sample und Hauptergebnisse werden in der angeführten Tabelle dargestellt.

Tabelle 3: Charakteristika der Studien

Autor/Autorin, Land, Jahr	Ziel	Design	Setting, Sample, Datensammlung	Ergebnisse
Brown Annemarie 2005 Hertfordshire England Part 1 und 2	Auswirkungen einer chronisch venösen Wunde auf das soziale Leben und das Phänomen der „sozialen Wunde“.	Phänomenologisches Studiendesign Qualitativ	8 Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden von ambulanten, lokalen Pflegediensten für die Studie rekrutiert Datensammlung: Semistrukturierte Interviews, durch Autorin selbst durchgeführt	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Isolation • Kontakt zu den Fachkräften wurde als positiv wahrgenommen • Verschlechterte Mobilität • Bandagen wurden abgemacht, war ihnen egal, fühlten sich dadurch freier • Therapie wurde nicht eingehalten
Ebbeskog and Ekman, 2001 Stockholm Schweden	Erleben und Umgang von älteren Menschen mit einer chronisch venösen Ulzeration.	Phänomenologisches Studiendesign Qualitativ	15 Interviews mit Patienten und Patientinnen im Alter von 74-89 Jahren, wurden von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal aus dem Bezirk ausgewählt 12 Frauen 3 Männer mit venösen Ulzerationen	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen im Schlafrythmus • Wundschmerz führte zu sozialer Isolation • Immobilität • Fühlten sich nicht mehr als Frau wahrgenommen • Scham • Fühlten sich eingesperrt

Autor/Autorin, Land, Jahr	Ziel	Design	Setting, Sample, Datensammlung	Ergebnisse
Edwards et al. 2008 Queensland Australien	Auswirkungen eines Leg-Club Modells auf Patienten und Patientinnen mit chronisch venösen Wunden.	Randomisiert kontrolliertes Studiendesign Quantitativ	67 Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit venösen Ulzerationen, die an einen kommunalen Pflegedienst überwiesen wurden 34 in der Interventionsgruppe (Leg-Club) 33 in der Kontrollgruppe (Versorgung zuhause) Datensammlung: Fragebögen wurden zusätzlich ausgehändigt	Verbesserung in Bezug auf: <ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität • Aktivitäten des täglichen Lebens • Selbstvertrauen • Wundgröße • Schmerzintensität • Schmerzeffekt
Fejfarová et al. 2014 Prag Tschechien	Unterschiede zwischen Patienten und Patientinnen mit einem DFS und Patienten und Patientinnen ohne DFS, hinsichtlich psychosozialer und sozialer Eigenschaften.	Case Control Quantitativ	Alle Teilnehmer waren Diabetiker, Interventionsgruppe: 104 Patienten und Patientinnen mit diabetischen Fußsyndrom ohne psychiatrischer Vorerkrankung Kontrollgruppe: 48 ohne diabetischen Fußsyndrom, die in einer „Foot klinik“ behandelt wurden vom März 2010 bis März 2011 Datensammlung: Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität schwankt im Bereich der körperlichen Gesundheit • Keine wesentlichen Unterschiede der beiden Gruppen hinsichtlich der Selbstmordtendenzen • Soziale Anpassung war schwieriger bei den Patienten mit DFS

Autor/Autorin, Land, Jahr	Ziel	Design	Setting, Sample, Datensammlung	Ergebnisse
Finlayson et al. 2010 Queensland Australien	Anteil der Selbstpflegeaktivitäten und Erforschung des Zusammenhangs zwischen Selbstwirksamkeit, Depressionen, Lebensqualität, sozialer Unterstützung und der Einhaltung der Kompressionstherapie.	Querschnittserhebung und retrospektive Überprüfung Quantitativ	122 Patienten und Patientinnen mit einer Kompressionstherapie und einem Ulcus cruris der zwischen 12-36 Monaten geheilt ist Teilnehmer wurden von zwei Krankenhäusern angeworben Daten wurden von November 2006 bis Dezember 2007 gesammelt Datensammlung: Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> • Unwissen/ Allgemeinbildung • Soziale Isolation • Kompressionstherapie wurde nicht täglich getragen • Depressive Verstimmungen
Finlayson et al. 2011 Queensland Australien	Zusammenhänge zwischen Wiederauftreten einer chronisch venösen Wunde und psychosozialen Faktoren sowie die präventiven Aktivitäten.	Prospektive Längsschnittstudie Quantitativ	80 Teilnehmer und Teilnehmerinnen Daten wurden zwischen 2006 bis 2009 gesammelt Datensammlung: Fragebögen	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Isolation verzögerte die Wundheilung • Soziale Unterstützung verminderte das Rezidivrisiko und beschleunigte die Heilung

Autor/Autorin, Land, Jahr	Ziel	Design	Setting, Sample, Datensammlung	Ergebnisse
Ismail et al. 2007 London England	Zusammenhang zwischen Depressionen mit Mortalität bei Patienten und Patientinnen mit einem DFS.	Kohortenstudie Experimentelles Design Quantitativ	253 Diabetiker und Diabetikerinnen mit erstmaligen diabetischen Fußsyndrom, wurden im Rahmen einer Stichprobenauswahl ermittelt, sie wurden in fünf britischen Gesundheitsbehörden und Gemeinschaftsfußpflegen über 18 Monate begleitet Datensammlung: Semistrukturiertes Interview von trainierten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Betroffene mit einem DFS und einer Depression, hatten ein dreifach höheres Risiko zu sterben • Keiner/ Keine bekam eine psychologische Behandlung • 1/3 der Patienten und Patientinnen mit DFS hatten depressive Verstimmungen
Kapp et al. Melbourne Australien 2017	Einfluss der Selbstbehandlung einer chronischen Wunde auf den Patienten und die Patientin.	Explorative Studie Qualitativ	25 Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus Melbourne wurden von einer vorherig durchgeführten Studie übernommen Datensammlung: Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Unpraktisch • Emotionale Belastung • Angst vor Infektionen • Schwierigkeiten bei der Arbeit • Finanzielle Belastung

Autor/Autorin, Land, Jahr	Ziel	Design	Setting, Sample, Datensammlung	Ergebnisse
Kouris et al., Griechenland, 2016	Lebensqualität, Angst, Depressionen, Selbstwertgefühl und die Einsamkeit bei Patienten und Patientinnen mit Ulcus cruris.	Retrospektive Studie Case-control study Quantitativ	Interventionsgruppe: 102 Patienten und Patientinnen des Andreas Sygros Krankenhauses, Kontrollgruppe: 102 Freiwillige aus der Allgemeinbevölkerung im selben Zeitraum Datensammlung: 3 unterschiedliche Fragebögen 1 Skala	<ul style="list-style-type: none"> • Weibliche Patienten wiesen mehr Angst auf • Schwere Beeinträchtigung der Lebensqualität • Erhebliche psychosoziale Auswirkung
Upton et al. Worcester England 2014	Vorhandensein von Stimmungsschwankungen bei Patienten und Patientinnen mit chronischen und akuten Wunden aus der Sicht des Fachpersonal.	Empirische Untersuchung quantitatives exploratives Studiendesign Quantitativ	908 Angehörige von Gesundheitsberufen aus der ganzen Welt Datensammlung: Fragebogen, online	<ul style="list-style-type: none"> • Angst, Müdigkeit und Verlust der Interessen durch die Wunde • Verhaltensstörungen treten gehäuft auf • Chronische Schmerzen infolge der Wunde

3.2 Psychische Folgen von chronischen Wunden

3.2.1 Depressionen

Chronische Wunden führten bei den Betroffenen zu erträglichen, bis hin zu schwerwiegenden Einflüssen auf der psychischen und sozialen Ebene. Auf der psychischen Ebene wurden depressive Symptome, als häufige Folgen von chronischen Wunden identifiziert. Zur Erhebung der depressiven Symptome wurden unterschiedliche Messinstrumente verwendet.

3.2.1.1 Genutzte Instrumente in den Studien

Bei Fejfarová et al. (2014), Edwards et al. (2009) und Finlayson et al. (2011) wurden depressive Verstimmungen mit der „Geriatric depression scale“ (GDS), die 30 Fragen beinhaltete gemessen. Bei mehr als 20 positiven Antworten, litten die Patienten unter einer schweren Depression. Unter 9 positiven Antworten konnte eine Depression ausgeschlossen werden. Im Zwischenbereich von 10 bis 19 positiven Antworten, wurde von einer milden Depression gesprochen (Fejfarová et al., 2014, Edwards et al., 2009, Finlayson et al., 2011).

Isamil et al. (2007) ermittelte das Vorkommen von Depressionen anhand des „Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry“. Es ist ein Instrument zur Messung von psychischen Erkrankungen, entwickelt von der WHO. Die Ergebnisse dieses Instrumentes, wurden nach dem Leitfaden „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV“ für psychiatrische Erkrankungen beurteilt. Es wurde in schwere, leichte und keine depressiven Störungen unterteilt. Um depressive Symptome auszuschließen, die in der Studie nicht beurteilt wurden, wurde ein semistrukturiertes diagnostisches Interview (SCAN 2.1) durchgeführt (Ismail et al., 2007).

In der Studie von Kouris et al. (2016) wurde die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ kurz HADS verwendet, um herauszufinden, ob Patienten und Patientinnen die an einem Ulcus cruris erkrankt waren, unter Depressionen litten. Dieser Fragebogen diente zur Einschätzung von Depressionen und Angstzuständen. Er beinhaltete 14 Fragen mit vier Antwortmöglichkeiten. Die Antworten konnten mit den Punkten von 0 bis 3 bewertet werden. Bei einem Wert über 10 Punkten, wies der Teilnehmer oder die Teilnehmerin Auffälligkeiten auf (Kouris et al., 2016).

3.2.1.2 Depressionen Ergebnisse

In sieben der zehn inkludierten Studien, wurden Depressionen als eine Folge von chronischen Wunden identifiziert. Ob bei Patienten und Patientinnen mit DFS, Depressionen gehäuft auftreten wurde in den Studien Ismail et al. (2007) und Fejfarová et al. (2014) erforscht (Ismail et al., 2007, Fejfarová et al., 2014). Bei Fejfarová et al. (2014) litten 88 von den 104 Probanden und Probandinnen, unter einer Depression. Das Ergebnis dieser Studie war, dass es zwischen den beiden Gruppen keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf Depressionen gab (Fejfarová et al., 2014). Diese Resultate zu Depressionen wurden auch von Edwards et al. (2009) bestätigt (Edwards et al., 2009). Jedoch beschriebene sich in der Studie von Fejfarová et al. (2014) Patienten und Patientinnen mit DFS, subjektiv häufiger als depressiv, als jene ohne DFS. In der Studie von Brown Annemarie (2005), wurde von den Patienten und Patientinnen ebenfalls angegeben, dass sie sich vermehrt depressiv fühlten. In den Studien von Isamil et al. (2007) und Finlayson et al. (2011) wurde berichtet, dass ein Drittel, der an einer chronischen Wunde erkrankten Patienten und Patientinnen, eine Depression aufwies. Bei Ismail et al. (2007) wurden Depressionen bei Betroffenen mit einem DFS, zudem mit einer dreifachen höheren Sterbewahrscheinlichkeit in Verbindung gebracht (Ismail et al., 2007). In der Studie von Kouris et al. (2016) wurde das Ergebnis erzielt, dass Menschen mit einem Ulcus cruris, höhere Werte in der HADS aufwiesen, als jene ohne. Das heißt, dass bei den Betroffenen ein Zusammenhang zwischen einem Ulcus cruris und dem Auftreten von Depressionen erforscht werden konnte. (Kouris et al., 2016).

Das sich Depressionen negativ auf die weiterführende Behandlung auswirkten, wurde von Finlayson et al. (2010) und Upton et al. (2014) identifiziert. Die Betroffenen, die an einer depressiven Verstimmung litten und eine Kompressionstherapie machten, hielten die Anordnung nicht in den Maß ein, wie Patienten und Patientinnen, die keine psychischen Erkrankungen aufwiesen (Upton et al., 2014). Des Weiteren wurde die Kompressionstherapie, von einigen Patienten und Patientinnen, als schmerzhaft beschrieben (Finlayson et al., 2010).

3.2.2 Schmerzen

Sowohl in den quantitativen als auch qualitativen Studien wurde der Schmerz als eine Einschränkung bei Patienten und Patientinnen mit einer chronischen Wunde wahrgenommen. Der Schmerz wurde in einer Studie anhand der Visual Analogue Scale gemessen (Fejfarová et al., 2014).

3.2.2.1 Genutztes Instrument in der Studie

Fejfarová et al. (2014) verwendete die Visual Analogue Scale (VAS) zur Erhebung der Schmerzen bei einem DFS. Bei der VAS konnten bis zu 100 Punkte erreicht werden. Wobei im Bereich von 60 bis 100 Punkten von keinen, bis leichten Schmerzen ausgegangen wurde. Unter 60 Punkten wurde von einem moderaten Schmerz gesprochen. Im Bereich von 0-39 Punkten von massiven Schmerzen (Fejfarová et al., 2014).

3.2.2.2 Schmerzen Ergebnisse

Im Zusammenhang mit dem Schmerz eines chronisch venösen Ulcus cruris wurden von Ebbeskog und Ekman (2001) Angst, Traurigkeit, und Enttäuschung beschrieben (Ebbeskog and Ekman, 2001). Zusätzlich wurden in anderen Studien Immobilität, Schlafstörungen, depressive Symptome, Hoffnungslosigkeit und Konzentrationsstörungen, als Folgen der Schmerzen identifiziert (Kapp et al., 2018, Upton et al., 2014). Der Schmerz bestimmte das Leben der Patienten und Patientinnen. In den Studien von Kapp et al. (2018) und Upton et al. (2014) beschrieben ein Teil der Betroffenen, dass der Schmerz unerträglich war. Sie wussten nicht wie sie damit umgehen sollten, da sie nicht mit so einer hohen Schmerzintensität gerechnet hatten (Kapp et al., 2018, Upton et al., 2014). Zudem wurde die Kompressionstherapie ebenfalls als schmerzhaft empfunden, zu diesem Ergebnis kamen Finlayson et al. (2010). Daraus ergab sich das Resultat, dass Patienten und Patientinnen die Schmerzen hatten, die Kompressionstherapie nicht dauerhaft getragen hatten (Ebbeskog and Ekman, 2001, Finlayson et al., 2010). In der Studie von Brown (2005), isolierten sich die Betroffenen im eigenen Haus aus Angst vor dem Schmerz, welcher bei alltäglichen Wegen auftreten könnte (Brown, 2005). Um die Schmerzen zu bekämpfen nahmen die Betroffenen Schmerzmedikamente ein. Die Betroffenen äußerten, dass sie angewiesen auf die Schmerzmedikation waren um ihre Lebensqualität aufrecht zu erhalten (Ebbeskog and Ekman, 2001). Edwards et al. (2009) erzielten das Ergebnis, dass die sogenannten „Leg Clubs

“den Schmerz positiv beeinflussten. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die den externen Leg Club besuchten erhielten vor Ort eine professionelle Wundversorgung und konnten sich mit gleichgesinnten austauschen (Edwards et al., 2009). In der Studie von Fejfarová et al. (2014) wurde herausgefunden, dass es keinen Unterschied zwischen den Patienten und Patientinnen in Bezug auf Schmerzen, im Zusammenhang mit dem DFS und ohne dem DFS, gab. Jedoch wurde hier ein Zusammenhang von Schmerzen und Stress erforscht (Fejfarová et al., 2014).

3.2.3 Stress

3.2.3.1 Genutzte Instrumente in den Studien

In der Studie von Fejfarová et al. (2014) wurde anhand der „Social readaptation scale“ (=Skala für psychosoziale Belastung und Stress) und der „Bortner Selbstbewertungsskala“, die Belastung der Patienten und Patientinnen mit einem DFS gemessen. Die Definition der Stressoren wurde mit einem modifizierten Fragebogen erforscht (Fejfarová et al., 2014).

3.2.3.2 Stress Ergebnisse

Die Angst vor dem schmerzhaften Verbandswechsel verursachte bei den Betroffenen oft Stress laut Upton et al. (2014). Fejfarová et al. (2014) kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten und Patientinnen die bereits eine Amputation, in Folge eines DFS hinter sich hatten, Stress in geringerem Maße tolerierten (Fejfarová et al., 2014). Patienten mit einem DFS wiesen eine stabilere Stressbelastbarkeit und einen besseren psychischen Status auf, als von den Autoren und Autorinnen angenommen. Es wurde auch festgestellt, dass die Stressfaktoren mit dem Ausmaß der psychischen Belastungen zusammenhingen (Fejfarová et al., 2014).

Kapp et al. (2018) beschrieben ebenfalls in der durchgeführten Studie das Thema Stress, bei Patienten und Patientinnen mit einer chronischen Wunde. Hier ging es hauptsächlich um den finanziellen Stress und um die Veränderungen der Lebensqualität, welche durch die kostspielige Wundbehandlung ausgelöst wurde. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Studie verspürten Stress bezüglich ihrer finanziellen Lage und ihres zukünftigen Lebens, da die Wundbehandlung mehr als das Eigenkapital in Anspruch nahm (Kapp et al., 2018).

3.2.4 Suizid

In einer Studie wurde darüber berichtet, dass bei 5% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen vermehrt suizidale Gedanken im Alltag auftraten. Sowohl bei den Betroffenen mit als auch bei jenen ohne DFS. Die suizidale Tendenz, konnte aber von den Komplikationen und dem Schweregrad, der diabetischen Erkrankung, abgeleitet werden (Fejfarová et al., 2014).

3.2.5 Sexualität

Von einem männlichen Teilnehmer wurde eine erektile Dysfunktion, aufgrund einer Nebenwirkung von verabreichten Medikamenten, gegen den Schmerz der chronischen Wunde berichtet. Der Betroffene gab an, sich in Folge der Dysfunktion nicht mehr als Mann zu fühlen und dadurch einen Einfluss auf die Sexualität erlebt zu haben (Kapp et al., 2018).

3.2.6 Selbstwahrnehmung

Die Problematik der negativen Selbstwahrnehmung, vor allem der weiblichen Betroffenen wurde in mehreren Studien erfasst. Es wurde in den inkludierten Studien ein Instrument verwendet (Kouris et al., 2016).

3.2.6.1 Genutzte Instrumente in den Studien

Kouris et al. (2016) verwendete die „Rosenberg's Self-esteem Scale (RSES)“ Skala zur Feststellung der Selbstachtung bei Patienten und Patientinnen mit einem Ulcus cruris. Diese Skala bestand aus einem 10 teiligen Fragebogen, bei dem maximal 30 Punkte erreicht werden konnten. Unter 15 Punkte wurde von einer geringen Selbstachtung ausgegangen (Kouris et al., 2016).

3.2.6.2 Selbstwahrnehmung Ergebnisse

Durch die Wunde fühlten die Patienten und Patientinnen sich in ihrem Erscheinungsbild endstellt, da die Wunde als Defekt des Körpers beschrieben wurde (Ebbeskog and Ekman, 2001). Sie assoziierten die Wunde oft als Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper. Die Forscher und Forscherinnen in der Studie von Finlayson et al. (2010) fanden heraus, dass die Betroffenen ein Unwohlsein empfanden, wenn sie nur an den Verband dachten und wie es sei, mit der Kompressionstherapie in der Öffentlichkeit zu

stehen. Sie waren der Meinung, dass die Bandage ihr angesehenes Bild in der Gesellschaft zerstört und die Frauen versuchten die Bandage, mit Hilfe von Strumpfhosen, zu verstecken (Finlayson et al., 2010). Edwards et al. (2009) erforschte, dass die Selbststachtung, durch die Treffen von Gleichgesinnten in den Leg Clubs, positiv beeinflusst wurde (Edwards et al., 2009).

Bei Kouris et al. (2016) konnte kein signifikanter Unterschied, zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe, in Bezug auf die Selbststachtung nachgewiesen werden. Die Kontrollgruppe bestand aus Probanden und Probandinnen, welche nicht an einem Ulcus cruris litten, dadurch konnten die Ergebnisse nicht auf Unterscheide verglichen werden (Kouris et al., 2016). Durch das Schamgefühl, kam es bei einigen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Studien, zur sozialen Isolation (Ebbeskog and Ekman, 2001).

3.3 Soziale Folgen von chronischen Wunden

3.3.1 Soziale Folgen

Chronische Wunden beeinflussten nicht nur die psychische Ebene der Menschen, sondern hatten auch Auswirkungen auf das soziale Leben. Damit die sozialen Folgen von chronischen Wunden erforscht werden konnten, wurden diverse Instrumente verwendet.

3.3.1.1 Genutzte Instrumente in den Studien

Fejfarová et al. (2014) verwendete die „Social readaptation scale“ (SRS). Diese Skala bestand aus 43 Teilen und es konnten über 300 Punkte erreicht werden. Es wurde beschrieben welche Ereignisse der Betroffene und die Betroffene in den letzten 12 Monaten, durch die chronische Wunde im Alltag erlebt hatte. Teilnehmer und Teilnehmerinnen die keine Beschwerden hatten, erreichten eine Gesamtanzahl von unter 150 Punkten. Ab 150 Punkten konnte davon ausgegangen werden, dass Diabetiker und Diabetikerinnen physische und psychische Beschwerden aufwiesen. Zwischen 150 und 200 Punkten, wurde zu 50 % von einer psychosomatischen Störung ausgegangen. Bei über 300 Punkten, wurde zu 80 % von einer psychosomatischen Störung gesprochen (Fejfarová et al., 2014).

Die physische und psychische Gesundheit, die sozialen Beziehungen und das Milieu, welches auch als Umwelt bezeichnet wurde, wurde in der Studie von Fejfarová et al. (2014) mit Hilfe des „World Health Organization quality of Life Assessment“ (WHOQOL- BREF) erhoben. Der verwendete Fragebogen bestand aus vier Gesundheitsdomänen, mit 24 unterschiedlichen Unterpunkten. Jede Frage konnte mit 1 bis 5 Punkten bewertet werden, wobei ein schlechter Gesundheitszustand mit einem Punkt bewertet wurde. Fünf Punkte standen für keine Beeinträchtigung in der Lebensqualität. In den drei Hauptkategorien wurden die Unterpunkte genau festgelegt. Der Teil mit „Soziale Beziehungen“ bezog sich auf die persönlichen Beziehungen, die soziale Unterstützung und auf die sexuelle Aktivität der Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Unter psychische Gesundheit fiel zum Beispiel das Körperbild, das Selbstwertgefühl, die Selbsthilfe und die persönlichen Überzeugungen. Die Kategorie Milieu beinhaltete Aspekte, wie die finanziellen Bedingungen, die Lebensqualität, den Lebensstandard und die Freiheit der Probanden und Probandinnen (Fejfarová et al., 2014).

Kouris et al. (2016) verwendetet den „ULCA“ Fragebogen, der die Einsamkeit und die soziale Isolation von Patienten und Patientinnen, mit einer chronischen Wunde erhob. In diesem Fragebogen wurde mit 20 Fragen ermittelt, wie sich die Probanden und Probandinnen, selbst in Bezug auf ihre sozialen Beziehungen einschätzten (Kouris et al., 2016).

3.3.1.2 Soziale Folgen Ergebnisse

In der Studie von Fejfarová et al. (2014) wurde eine negative Korrelation zwischen der psychischen Gesundheit und dem Milieu, bei Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit und ohne DFS, im Zusammenhang mit der bisherigen Erkrankungsdauer des Diabetes mellitus herausgefunden. Der größte Unterschied zwischen den beiden Gruppen wurde im Bereich der Eigenständigkeit, in Bezug auf die chronische Wunde erzielt. 38,1% der Patienten und Patientinnen mit DFS versorgten sich vollkommen eigenständig. In der Gruppe ohne DFS versorgten sich 87,2 Patienten und Patientinnen selbst. Von den 104 Probanden und Probandinnen wurden bei 6,9% Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine psychosomatische Störung erhoben. In dieser Studie konnte bei der „Social readaptation scale“ kein signifikanter Unterschied zwischen Diabetikern und Diabetikerinnen, mit und ohne DFS identifiziert werden (Fejfarová et al., 2014).

Ein häufig vorkommendes Gefühl bei den Betroffenen war die soziale Isolation, wie es auch in der Studie von Brown (2005) von den Patienten und Patientinnen angegeben wurde. Bei fünf, von acht geführten Interviews, gaben die Probanden und Probandinnen, ein Gefühl der Einsamkeit an. Dieses Gefühl entstand als Folge der eingeschränkten Mobilität, laut den Betroffenen (Brown, 2005). Die Mobilität war wiederum eingeschränkt, aufgrund der verschiedensten Ursachen, wie der Kompressionstherapie und weiteren Erkrankungen. Browns Studie kam zu dem Ergebnis, dass die Einsamkeit zwischen den an einer chronischen Wunde Erkrankten und gesunden Patienten und Patientinnen in Folge der Veränderungen im Alter schwierig zu unterscheiden waren (Brown, 2005). Kouris et al. (2016) erforschten, dass Frauen häufiger von Einsamkeit betroffen waren, als Männer (Kouris et al., 2016). Finlayson et al. (2011) beschrieben, dass der soziale Kontakt zu anderen Menschen bei Patienten und Patientinnen mit einem venösen Ulcus cruris sich positiv hinsichtlich dessen auswirkte, dass sich das Wiederauftreten der Wunde dadurch verringerte (Finlayson et al., 2011). Dieses Resultat erzielten auch Edwards et al. (2009), als Folge der Maßnahme von regelmäßigen Treffen in Leg Clubs (Edwards et al., 2009).

3.3.2 Angst

Die Angst wird oft als ein Teil der psychischen Folgen von chronischen Wunden gesehen, es schränkte die Betroffenen jedoch vermehrt in der sozialen Kategorie ein.

3.3.2.1 Genutzte Instrumente in den Studien

Kouris et al. (2016) hatte den Faktor Angst mit dem Instrument der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) gemessen (Kouris et al., 2016).

3.3.2.2 Angst Ergebnisse

Brown fand heraus, dass Menschen die an einer chronischen Wunde litten aus Angst vor Verletzungen es vermieden ihr Haus zu verlassen (Brown, 2005). In der Studie von Ebbeskog und Ekman (2001) verließen die Betroffenen ebenso nicht das Haus, da sie Angst vor einem Sturz hatten. Sie fürchteten sich vor Verletzungen, welche sie in weiterer Folge in ihrer Mobilität eingeschränkt hätten (Ebbeskog and Ekman, 2001). Soziale Aktivitäten, wie Treffen mit Freunden und Freundinnen wurden nicht mehr wahrgenommen, da die Mobilität durch Schmerzen oder der Kompressionstherapie eingeschränkt war (Ebbeskog and Ekman, 2001).

Eine weitere Angst der Befragten war es, dass die Wunde in der Öffentlichkeit zu nässen beginnt und es von den Anderen wahrgenommen wird. Durch die Angst, die hauptsächlich vom Verband ausging, wurde der zwischenmenschliche Kontakt minimiert, wie Ebbeskog und Ekman (2001) herausfanden. Dieses Ergebnis konnte durch die höheren Punkteergebnisse in der ULCA Loneliness Scale in der Studie von Kouris et al. (2016) untermauert werden. Ein weiterer Grund für diesen Rückzug war, dass viele kein passendes Schuhwerk besaßen, da der Fuß aufgrund des Verbandes einen größeren Umfang hatte. Um unangenehme Blicke von den anderen zu vermeiden, zogen sie sich aus dem sozialen Leben zurück. Des Weiteren passten sie ihre alltäglichen Wege auch den Wetterbedingungen an (Ebbeskog and Ekman, 2001). Ebenfalls auffällig war es, dass die Betroffenen ihre Fußpflegetermine nicht mehr wahrgenommen hatten, weil ihnen der Anblick ihrer Bandage bzw. ihrer Wunde unangenehm war. In der Studie von Kapp et al. (2018) äußerten die Patienten und Patientinnen, dass sie Sorgen in Bezug auf eine Wundinfektion hatten. Einer der Teilnehmer oder eine der Teilnehmerin hatte am Tag des geplanten Verbandwechsels, selbst den alten Verband am Morgen entfernt und auf die Versorgung der Fachkraft zuhause gewartet. Schlussendlich wartete die betroffene Person einige Stunden mit offener Wunde, ohne jeglichen Schutz. Dadurch ergab sich die Angst bei dem Patienten oder der Patientin, dass eine Infektion entsteht (Kapp et al., 2018).

Kouris et al. (2016) beschrieben, dass die Angst ein Teil vom Leben bei Patienten und Patientinnen mit einem chronisch venösen Ulcus cruris war. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass die weiblichen Teilnehmer mehr unter der Angst litten, als die männlichen (Kouris et al., 2016). Bei 81,5% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Studie von Upton et al. (2014) war die Angst ein Symptom einer Verhaltensstörung. Hier wurden auch Ängste bezüglich der weiteren Prognose der chronischen Wunde geäußert. Eines der Ergebnisse war, dass depressive Verstimmungen vermindert gehören, um die in Zusammenhang stehende Angst zu verringern. Upton et al. (2014) beschrieben, dass wenn der Schmerz verringert wurde, sich auch die Schlafprobleme, Depressionen und somit auch die Angstzustände der Betroffenen Personen reduzierten (Upton et al., 2014).

3.3.3 Bildung/ sozialer Status

Die Allgemeinbildung bezüglich der Erkrankung, bei Patienten und Patientinnen mit einem venösen Ulcus cruris hing auch mit den Heilungstendenzen der chronischen Wunde zusammen, wie Finlayson et al. (2010) erwähnten. Hier wurde mit Hilfe von Fragebögen, welche offene Antwortmöglichkeiten in Bezug auf den Bildungsstand der Betroffenen beinhaltete, das Wissen über die eigene Erkrankung und der in Verbindung stehenden Therapie erforscht. Nur 42% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen wussten, dass ihr Ulcus cruris anhand einer venösen Erkrankung entstand. Viele der Teilnehmer und Teilnehmerinnen, brachten das Geschwür in Verbindung mit einem traumatischen Ereignis. Sie dachten es entstand durch kratzen, oder in Folge von Schnitten und Blutergüssen. Auch Frakturen und Kriegsverletzungen wurden als mögliche Ursache für ein Geschwür gehalten. Ein Teil der Befragten, hielt eine allergische Reaktion als möglichen Grund ihrer Wunde. Das fehlende Wissen über die Entstehung der chronischen Wunde stellte wiederum eine Problematik für den Heilungsprozess der Wunde dar. Viele Teilnehmer und Teilnehmerinnen, fehlte das entsprechende Wissen bezüglich der Kompressionstherapie. Sie wussten nicht, dass die Kompressionstherapie auch nach der vollkommenen Heilung der Wunde angesichts der CVI angewendet werden muss, damit ein Rezidiv verhindert werden kann (Finlayson et al., 2010). Die Bildung und der soziale Status eines Menschen, konnte auch in Verbindung mit den finanziellen Möglichkeiten einer Person gebracht werden (Kapp et al., 2018).

3.3.4 Finanzielle Folgen

In der Studie von Kapp et al. (2018) berichteten 11 Teilnehmer und Teilnehmerinnen, dass die chronische Wunde einen negativen Einfluss auf das soziale Leben hatte. Die chronische Wunde wirkte sich bei Berufstätigen auch auf die Arbeit aus. Die Betroffenen konnten ihre Arbeit nicht mehr in dem Ausmaß verrichten, wie sie es einmal getan hatten. Bereits bei den leichtesten Reinigungstätigkeiten lag eine körperliche Einschränkung in der Mobilität vor. Die Wunde wirkte sich des Weiteren negativ auf die finanzielle Situation der Betroffenen aus. Die finanzielle Stabilität der Patienten und Patientinnen wurde durch die Versorgungskosten der chronischen Wunde stark beeinflusst. Viele Betroffene konnten sich die Wundversorgung gar nicht finanzieren. Eine interviewte Person musste das Haus aufgeben, um für die Wundversorgung aufkommen zu können (Kapp et al., 2018).

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, welche psychosozialen Folgen von chronischen Wunden anhand internationaler Literatur beschrieben werden. Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zeigen, dass sich chronische Wunden negativ auf die psychosoziale Situation eines Menschen auswirken (Kouris et al., 2016).

Depressionen werden in der Literatur häufig als Folge von chronischen Wunden genannt (Kouris et al., 2016). Daraus kann geschlossen werden, dass Personen mit einer chronischen Wunde vermehrt depressive Symptome entwickeln, als jene ohne. Jedoch sollte beachtet werden, dass die Prävalenz von Depressionen im Alter zunimmt und somit schwer zu unterscheiden ist, welchen Ursprung die Depressionen haben (Ge et al., 2017). Zudem werden beispielweise auch bei anderen Erkrankungen wie Lungenkrebspatienten und –patientinnen, häufig depressive Symptome und Angstzustände wahrgenommen (Yan et al., 2019, Kapfhammer, 2015).

Eine Maßnahme zur Behandlung von Depressionen und Angstzuständen bei Patienten und Patientinnen mit einer Krebsdiagnose ist die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Ängste und Depressionen werden durch diese Therapieform behandelt (Montazeri et al., 2001). Diese Art der Therapie wäre auch bei Patienten und Patientinnen mit chronischen Wunden gut anwendbar, da sowohl bei Krebserkrankungen, als auch bei chronischen Wunden Depressionen gehäuft auftreten und die Ergebnisse der Studien gut miteinander verglichen werden können (Kouris et al., 2016) (Kapfhammer, 2015).

Bei Hauterkrankungen, die auf den ersten Blick sichtbar sind, kann zwar davon ausgegangen werden, dass sich diese schwerwiegender auf das Wohlbefinden eines Menschen auswirken als jene, die nicht offensichtlich sind. Dennoch dürfen Krankheiten, die von außen nicht wahrgenommen werden, beispielsweise ein Intertrigo im Bereich der Leisten oder unterhalb der Brust, nicht unbeachtet bleiben. Auch sie haben Einfluss auf die psychosoziale Ebene eines Menschen (Beck, 2016, Brown et al., 2004). Psoriasis, Neurodermitis, Akne und die Weißfleckenkrankheit breiten sich häufig an Stellen aus, die nicht verdeckt werden können und sind somit jederzeit für andere sichtbar (Nguyen et al., 2016).

Daher können die psychosozialen Folgen dieser Hauterkrankungen sehr gut mit jenen von chronischen Wunden verglichen werden. Betroffene fühlen sich oft unwohl im eigenen Körper, sie haben Angst vor unangenehmen Blicken und sperren sich zuhause ein (Finlayson et al., 2010). Nicht nur Hauterkrankungen wirken sich negativ auf die psychische Situation aus, sondern auch Krebserkrankungen. Für Frauen stellt besonders das Mammakarzinom eine große psychische Belastung dar, diese beginnt mit der Diagnosestellung. Eine eventuell notwendige Amputation der Brust oder der Verlust der Körperbehaarung durch die Chemotherapie kann zu Existenzängsten bis hin zu Depressionen führen (Campbell-Enns and Woodgate, 2015). Auch hier kann nach einer Literaturdurchsicht der Schluss gefasst werden, dass nicht nur chronische Wunden die psychische Ebene beeinflussen, sondern auch Haut- und manche Krebserkrankungen, wie das Mammakarzinom (Nguyen et al., 2016, Campbell-Enns and Woodgate, 2015). Ein Aspekt auf der psychischen Ebene, welche in den Studien von chronischen Wunden nicht beschrieben wurde, ist Suizid und suizidalen Gedanken, was bei Krebspatienten und –patientinnen häufig auftritt (Misono et al., 2008, Zaorsky et al., 2019).

Auch der Wundschmerz kann die Betroffenen im täglichen Leben einschränken und führt auch in weiterer Folge zu Veränderungen im Verhalten, daraus folgt ebenfalls die soziale Isolation. (Ebbeskog and Ekman, 2001, Upton et al., 2014). Mit einer ausreichenden Schmerztherapie ist es dennoch möglich, den Veränderungen entgegen zu wirken (Zaidel et al., 2020). Da bei älteren Patienten und Patientinnen chronische Schmerzen häufig nicht ernst genommen werden, ist das Schmerzmanagement oft nicht ausreichend. Der ständig andauernde Schmerz wirkt sich negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen aus. Die Patienten und Patientinnen leiden dadurch häufig an Schlafstörungen und Verhaltensveränderungen und es treten vermehrt psychosoziale Folgen, wie Depressionen auf (Karttunen et al., 2014).

Die Ergebnisse von Upton et al. (2014) können daher gut mit der Studie von Karttunen et al. (2014) untermauert werden, da in beiden Studien ähnliche Resultate in Bezug auf Schmerzen und die dadurch entstehenden Veränderungen auf psychischer Ebene erzielt wurden (Upton et al., 2014, Karttunen et al., 2014).

Auf der sozialen Ebene steht vor allem die soziale Isolation im Mittelpunkt der inkludierten Studien (Brown, 2005, Finlayson et al., 2010, Finlayson et al., 2011, Kouris et al., 2016). Die Einsamkeit und die damit in Zusammenhang stehende soziale Isolation, betrifft vor allem die älteren Menschen in unserer Gesellschaft (Singh and Misra, 2009). Auch bei inkontinenten Personen spielt die soziale Isolation eine große Rolle. Yip et al. (2013) konnten einen signifikanten Zusammenhang bei Frauen, die an einer Inkontinenz leiden und der daraus resultierenden sozialen Isolation darstellen (Yip et al., 2013). Sie verschließen sich oft im eigenen Zuhause, gehen nicht mehr in die Öffentlichkeit und leiden gehäuft an Depressionen. Betroffene fürchten sich vor allem davor, dass ihre Inkontinenz zu unangenehmen Gerüchen, die für andere wahrnehmbar sind, führt. Sie haben auch Angst, dass die Inkontinenzversorgung nicht ausreichend ist und die Kleidung durchnässt (Meyer and Richter, 2015). Auch die Verbände von chronischen Wunden können nässen und dazu führen, dass sich Menschen unwohl fühlen, dadurch kann die Inkontinenz gut mit einer chronischen Wund verglichen werden (Ebbeskog and Ekman, 2001). Mit einer professionellen Wundversorgung und einer kompetenten Beratung durch das Pflegepersonal, auch in Bezug auf das passende Schuhwerk, können viele Probleme der Betroffenen gelöst werden (Skowronsky und Reibnitz, 2017). Das ähnliche Prinzip gilt bei der Inkontinenz, mit einem adäquaten Produkt kann die Geruchsbildung verhindert werden. Eine ausreichende Saugleistung und richtige Anwendung des Inkontinenzproduktes können zu einer Besserung des Wohlbefindens von Betroffenen führen (Demir et al., 2017, Wein, 2017).

Eine präventive Maßnahme gegen die soziale Isolation von Menschen mit chronischen Wunden, die bereits in Studien erforscht wurde, ist die Teilnahme an Leg Clubs. Die Selbstwahrnehmung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen verändert sich in eine positive Richtung, die Ängste werden ihnen durch den Austausch mit Gleichgesinnten genommen und depressive Verstimmungen werden vermindert. Dieses Resultat wurde ebenfalls von der Studie Abu Ghazaleh et al. (2018) untermauert, in der auch eine Verminderung des Infektions- und Rezidivrisikos aufgezeigt werden konnte (Abu Ghazaleh et al., 2018).

Zudem kann auch ein guter Vergleich zwischen Leg Clubs und Selbsthilfegruppen gezogen werden. Selbsthilfegruppen wurden bereits für zahlreiche Erkrankungen gegründet, wie zum Beispiel für Betroffene, die an einer COPD (chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung) leiden (Jang et al., 2019). In den Treffen der Gruppe, welche

aus Personen mit derselben Erkrankung besteht, werden Probleme und individuelle Erfahrungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen analysiert. Dadurch können psychische Symptome, wie Ängste und Depressionen verringert und die Lebensqualität positiv beeinflusst werden (Jang et al., 2019). Die ähnlichen Ergebnisse zeigen, dass Selbsthilfegruppen die psychosoziale Ebene von Menschen mit einer chronischen Wunde positiv beeinflussen würden.

Auffallend ist, dass viele selbständige Patienten und Patientinnen die Versorgung der Wunde selbst durchführen. Das bringt nicht nur eine zeitliche Unabhängigkeit, sondern auch einen finanziellen Vorteil, da die finanzielle Ausgangslage der Betroffenen häufig sehr ungünstig ist (Finlayson et al., 2010, Kapp et al., 2018). Für einige ist bereits die Unterstützung durch die Hauskrankenpflege ein finanzielles Laster. Im österreichischen Gesundheitssystem wird die Hauskrankenpflege durch staatliche Zuschüsse unterstützt, doch dies ist nicht in jedem Land der Kasus, dadurch können Ergebnisse nur schwer miteinander verglichen werden (Aoki et al., 2018, Fichtinger and Rabl, 2014).

Des Weiteren zeigt sich in Österreich eine steigende Tendenz bei der Lebenserwartung (Statistik Austria, 2019). Deshalb ist es nur eine Frage der Zeit, wie lange der Staat den Kostenzuschuss noch bereitstellen kann. Damit die häusliche Versorgung in Zukunft weiterhin aufrechterhalten bleibt, müssen weitere Dienste implementiert werden. Beispielsweise kann eine „Family health nurse“ (FHN) Patienten und Patientinnen aus niedrigeren sozialen Schichten, die auf pflegerische Hilfe angewiesen sind, unterstützen. Der Vorteil einer FHN ist, dass sie nicht nur die Betroffenen versorgt, sondern auf die gesamte Familie Bezug nimmt. Sie erbringt Pflegeleistungen, ist Entscheidungsträger, Kommunikator, Meinungsbildner und arbeitet eng mit dem Hausarzt oder der Hausärztin zusammen. Das Konzept der „Family health nurse“ ist in Österreich bis dato noch nicht zu 100% in die Gesundheitsversorgung implementiert. Auch das „Community health nursing“ kann die Versorgung von Patienten und Patientinnen aus einem Versorgungsgebiet, verbessern. Dieses Konzept gibt es bereits in anderen Ländern, wie Finnland, Kanada und Slowenien. Die „Community health nurse“ ist hierbei eine Unterstützung für jene Menschen, die ihren Alltag nicht allein bewältigen können und Unterstützung bei der Erhaltung ihrer Gesundheit benötigen. Sie bietet auch

Beratungs- und Schulungsangebote in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung an (Martinez-Riera and Carrasco Rodriguez, 2019).

Zudem wurde im Zuge der Literaturrecherche keine Studie gefunden, in der speziell auf die psychosozialen Folgen eines Dekubitus eingegangen wurde. Möglicherweise sind die meisten Menschen, die einen Dekubitus erleiden, sowohl körperlich als auch geistig nicht in der Lage, an einer Studie teilzunehmen. Die Betroffenen benötigen oft eine vollständige Unterstützung in allen Lebensaktivitäten und dadurch ist es auch schwierig, die psychosoziale Situation der Betroffenen zu erheben. Da es ethisch schwer vertretbar ist, schwerkranke Menschen in ein Forschungsprojekt miteinzubeziehen, gibt es kaum Studien zu diesem Thema (Grundy, 2006). Bei Studien, in denen der Fokus auf die Heilung eines Dekubitus gelegt wird, besteht nicht die Notwendigkeit, sich verbal äußern zu können. Werden jedoch die psychosozialen Folgen von chronischen Wunden erfragt, müssen sich Patienten und Patientinnen verbal oder schriftlich äußern können.

4.1 Empfehlungen für die Forschung

Mögliche präventive Maßnahmen, wie psychosozialen Folgen entgegengewirkt werden kann, wurden am Beispiel des Leg Clubs genannt. Ein hoher Forschungsbedarf besteht noch darin, weitere Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene und dazu passende Interventionen zu entwickeln.

Nicht nur präventive Maßnahmen gehören erforscht, sondern auch Maßnahmen, die gesetzt werden können, wenn die Betroffenen bereits an einer chronischen Wunde leiden. Die Maßnahmen, wie die Teilnahme an Treffen von Leg Clubs und die Selbstversorgung der Wunde, wurden bereits im kleinen Maß erforscht, jedoch herrscht auch in diesem Bereich noch weiterer Forschungsbedarf.

Des Weiteren könnten Online Tutorials zur Verfügung gestellt werden, in denen diplomiertes Fachpersonal ihr Wissen und ihre Erfahrungen über chronische Wunden mitteilt. Auch das Bereitstellen von Videos, in denen Verbandswechsel gefilmt werden, kann die Selbstbestimmtheit und -versorgung von Patienten und Patientinnen fördern und erleichtern. Das könnte auch eine gute Unterstützung für Angehörige, die Personen mit einer chronischen Wunde zuhause versorgen, sein.

Die Entwicklung von Apps, welche Patienten und Patientinnen in der Selbstversorgung der Wunde unterstützen, wäre notwendig. Die Apps könnten den Betroffenen Empfehlungen, Anleitungen und Tipps für eine adäquate Wundversorgung geben. Ein besserer Umgang und eine effizientere Behandlung von Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, konnte durch die Verwendung von Apps bereits festgestellt werden (Scheibe et al., 2015).

Im Rahmen der Literaturrecherche konnte festgestellt werden, dass nur sehr wenig über das Thema Sexualität und deren Einschränkungen in Bezug auf die chronische Wunde aufgegriffen wurde. Die Sexualität im Alter, stellt in der heutigen Gesellschaft immer noch ein Tabuthema dar. Im Sinne eines bio-psycho-sozialen Verständnisses ist es von großem Interesse zu erforschen, ob es eine Veränderung der Sexualität bei Patienten und Patientinnen mit einer chronischen Wunde gibt und wie sich diese erkennbar macht (Kapp et al., 2018). Hier ist internationale Forschung unbedingt notwendig.

4.2 Empfehlung für die Praxis

Von großer Bedeutung ist auch die psychische Unterstützung durch professionell Pflegenden. Ebenfalls sollte auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen vermehrt angeboten und beworben werden. Ein weiterer Punkt, an dem angesetzt werden muss, ist die Einführung einer „Family health nurse“ oder einer „Community health nurse“, zur Unterstützung der sozial Schwächeren.

Auch die komplementäre Schmerztherapie, die auch psychische Symptome lindern kann, spielt eine wichtige Rolle im Umgang mit chronischen Wunden. Zur komplementären Schmerztherapie zählen zum Beispiel Akkupunktur, Akupressur, Kälteanwendungen und Ruhigstellung der Extremität (Danzer, 2014). Akkupunktur wird bereits als ergänzende Therapie von Depressionen eingesetzt. Diese Form der komplementären Therapie kann auch bei chronischen Wunden zu einer Verbesserung der psychischen Situation führen (Arvidsdotter et al., 2013).

In der täglichen Praxis muss vor allem an der Aufklärungsarbeit über chronische Wunden und den dazugehörigen Therapien gearbeitet werden. Nur wenn die Betroffenen genaue Information über ihre Erkrankung, Therapie, Verlauf und Komplikationen Bescheid wissen, ist eine gute Behandlung durch die Fachkraft möglich und dadurch eine Besserung der Krankheit.

5 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Literaturrecherche haben gezeigt, dass die psychosoziale Ebene, bei Menschen die an einer chronischen Wunde leiden, beeinflusst wird.

Ein zentrales Problem, welches auf psychischer Ebene am häufigsten erforscht wurde, waren depressive Symptome bei Patienten und Patientinnen mit einer chronischen Wunde. Als Einfluss auf die soziale Situation der Betroffenen wurde die soziale Isolation häufig erwähnt. Es kann darauf geschlossen werden, dass es einen Zusammenhang zwischen den Depressionen und der sozialen Isolation gibt und aufgrund der Häufigkeit, vor allem hier ein Augenmerk gelegt werden sollte. Nicht nur die Depressionen können von der sozialen Isolation beeinflusst werden, auch Ängste, welche durch die chronische Wunde hervorgerufen werden, werden verstärkt.

Durch eine Verbesserung der sozialen Ebene, wird die psychische Ebene ebenfalls positiv beeinflusst und dadurch kann die psychosoziale Gesundheit laut WHO verbessert werden (WHO, 2016). Die Beratung und Anleitung, durch eine professionelle Pflege spielt hier eine wesentliche Rolle. Es ist wichtig, den Patienten und Patientinnen die Angst im Umgang mit ihrer chronischen Wunde zu nehmen, um dadurch auch einen sozialen Rückzug zu verhindern. Depressive Verstimmungen, die durch die Einsamkeit hervorgerufen werden, können mit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen und Leg Clubs, positiv beeinflusst werden.

Es ist wichtig, dass die psychosozialen Folgen von der Pflege wahrgenommen werden. Zudem gehören weitere Maßnahmen in die Praxis implementiert, um eine Verbesserung der Lebensqualität auf physischer, psychischer und sozialer Ebene zu erzielen.

6 Referenzliste

- ABU GHAZALEH, H., ARTOM, M. & STURT, J. 2018. A systematic review of community Leg Clubs for patients with chronic leg ulcers. *Prim Health Care Res Dev*, 1-10.
- ANDRIESSEN, A., APELQVIST, J., MOSTI, G., PARTSCH, H., GONSKA, C. & ABEL, M. 2017. Compression therapy for venous leg ulcers: risk factors for adverse events and complications, contraindications - a review of present guidelines. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 31, 1562-1568.
- AOKI, T., YAMAMOTO, Y., IKENOUE, T., URUSHIBARA-MIYACHI, Y., KISE, M., FUJINUMA, Y. & FUKUHARA, S. 2018. Social Isolation and Patient Experience in Older Adults. *Ann Fam Med*, 16, 393-398.
- ARVIDSDOTTER, T., MARKLUND, B. & TAFT, C. 2013. Effects of an integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients--a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med*, 13, 308.
- BECK, A. R. 2016. Psychosocial Aspects of Obesity. *NASN Sch Nurse*, 31, 23-7.
- BIEDERMANN, H., KLOCKER, J., WEITHALER, C., LARCHER, P. & FRAEDRICH, G. 2008. Die chirurgische Therapie des Ulcus cruris. *Gefässchirurgie*, 13, 7-16.
- BROWN, A. 2005. Chronic leg ulcers, part 2: Do they affect a patient's social life? *Br J Nurs*, 14, 986-9.
- BROWN, J., WIMPENNY, P. & MAUGHAN, H. 2004. Skin problems in people with obesity. *Nurs Stand*, 18, 38-42.
- BUNDESMINISTERIUM 2019. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Rechtsinformationssystem des Bundes.
- BÜSCHER, A. & MÖLLER, A. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Aktueller Stand. Public Health Forum, 2014. Elsevier, 27-28.
- CAMPBELL-ENNS, H. & WOODGATE, R. 2015. The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. *JBIR Database System Rev Implement Rep*, 13, 112-21.
- DANZER, S. 2014. *Chronische Wunden: Beurteilung und Behandlung*, Kohlhammer Verlag.
- DEMIR, N., YURUYEN, M., ATAY, K., YAVUZER, H., HATEMI, I., DOVENTAS, A., ERDINCLER, D. S. & DOBRUCALI, A. 2017. Prevalence of fecal incontinence

- and associated risk factors in elderly outpatients: a cross-sectional study. *Aging Clin Exp Res*, 29, 1165-1171.
- DISSEMOND, J. & KRÖGER, K. 2019. Chronische Wunden, Diagnostik- Therapie- Versorgung, . Universitätsklinikum Essen: Prof. Dr. med. Joachim Dissemond.
- EBBESKOG, B. & EKMAN, S. L. 2001. Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scand J Caring Sci*, 15, 235-43.
- EDWARDS, H., COURTNEY, M., FINLAYSON, K., SHUTER, P. & LINDSAY, E. 2009. A randomised controlled trial of a community nursing intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. *J Clin Nurs*, 18, 1541-9.
- EUROSTAT 2019. Erste Bevölkerungsschätzungen
- FEJFAROVÁ, V., JIRKOVSKA, A., DRAGOMIRECKA, E., GAME, F., BEM, R., DUBSKY, M., WOSKOVA, V., KRIZOVA, M., SKIBOVA, J. & WU, S. 2014. Does the diabetic foot have a significant impact on selected psychological or social characteristics of patients with diabetes mellitus? *J Diabetes Res*, 2014, 371938.
- FICHTINGER, C. & RABL, R. 2014. Struktur und Finanzierung der Hauskrankenpflege. *Arbeitsumfeld Hauskrankenpflege*. Springer.
- FINLAYSON, K., EDWARDS, H. & COURTNEY, M. 2010. The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. *J Clin Nurs*, 19, 1289-97.
- FINLAYSON, K., EDWARDS, H. & COURTNEY, M. 2011. Relationships between preventive activities, psychosocial factors and recurrence of venous leg ulcers: a prospective study. *J Adv Nurs*, 67, 2180-90.
- GE, L., YAP, C. W., ONG, R. & HENG, B. H. 2017. Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *PLoS One*, 12, e0182145.
- GRUNDY, E. 2006. Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing & Society*, 26, 105-134.
- HAFNER, J., BUSET, C., ANZENGRUBER, F., BARYSCH-BONDERER, M., LAUCHLI, S., MULLER, H., OLEG MEIER, T., ULMER, N., REUTTER, D., KUCHER, N., RANCIC, Z., KOPP, R., HOFMANN, M., MAYER, D., BERLI, M., BONI, T., FRUEH, F. S., BESMENS, I., CALCAGNI, M. & KOCKAERT, M. 2018.

- [Leg ulcers (ulcus cruris): The frequent macrovascular causes]. *Ther Umsch*, 75, 506-514.
- HONG, Q., PLUYE, P., FÀBREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMANN, F., CARGO, M., DAGENIAS, P., GAGNON, M.-P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O'CATHAIN, A. & ROSSEAU, M.-C. 2018. Vedel I. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Canada: Canadian Intellectual Property Office.
- ISMAIL, K., WINKLEY, K., STAHL, D., CHALDER, T. & EDMONDS, M. 2007. A cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer: the role of depression on mortality. *Diabetes Care*, 30, 1473-9.
- JANG, J., LEE, K. H., CHUNG, J. H., SHIN, K. C., CHOI, E. Y., JIN, H. J., AHN, J. H., LEE, M. S. & BANG, S. H. 2019. PE-023: Effects of Self-Help group program on patients with chronic obstructive pulmonary disease. *대한결핵및호흡기학회 추계학술발표초록집*, 127, 433-433.
- KAPFHAMMER, H. P. 2015. Depressive und Angststörungen bei Krebserkrankungen. *Der Nervenarzt*, 86, 291-301.
- KAPP, S., MILLER, C. & SANTAMARIA, N. 2018. The quality of life of people who have chronic wounds and who self-treat. *J Clin Nurs*, 27, 182-192.
- KARTTUNEN, N. M., TURUNEN, J., AHONEN, R. & HARTIKAINEN, S. 2014. More attention to pain management in community-dwelling older persons with chronic musculoskeletal pain. *Age Ageing*, 43, 845-50.
- KOURIS, A., ARMYRA, K., CHRISTODOULOU, C., SGONTZOU, T., KARYPIDIS, D., KONTOCHRISTOPOULOS, G., LIORDOU, F., ZAKOPOULOU, N. & ZOURIDAKI, E. 2016. Quality of life psychosocial characteristics in Greek patients with leg ulcers: a case control study. *Int Wound J*, 13, 744-7.
- LECHLEITNER, M., ABRAHAMIAN, H., FRANCESCONI, C., KOFLER, M., STURM, W. & KOHLER, G. 2019. [Diabetic neuropathy and diabetic foot syndrome (Update 2019)]. *Wien Klin Wochenschr*, 131, 141-150.
- MARTINEZ-RIERA, J. R. & CARRASCO RODRIGUEZ, F. J. 2019. Family and community nursing, chronology of a specialty. *Enferm Clin*, 29, 352-356.
- MEYER, I. & RICHTER, H. E. 2015. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Womens Health (Lond)*, 11, 225-38.

- MISONO, S., WEISS, N. S., FANN, J. R., REDMAN, M. & YUEH, B. 2008. Incidence of suicide in persons with cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26, 4731-4738.
- MONTAZERI, A., JARVANDI, S., HAGHIGHAT, S., VAHDANI, M., SAJADIAN, A., EBRAHIMI, M. & HAJI-MAHMOODI, M. 2001. Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient Educ Couns*, 45, 195-8.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, E. P. U. A. P., R PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. *In: HAESLER, E. (ed.)*. Australia.
- NGUYEN, C. M., BEROUKHIM, K., DANESH, M. J., BABIKIAN, A., KOO, J. & LEON, A. 2016. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 9, 383-392.
- PEART, J. 2015. Influence of psychosocial factors on coping and living with a venous leg ulcer. *Br J Community Nurs, Suppl Community Wound Care*, S21-2, s24, s26-7.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2016. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- PROTZ, K., HEYER, K., DISSEMOND, J., TEMME, B., MUNTER, K. C., VERHEYEN-CRONAU, I., KLOSE, K., HAMPEL-KALTHOFF, C. & AUGUSTIN, M. 2016. Kompressionstherapie - Versorgungspraxis: Informationsstand von Patienten mit Ulcus cruris venosum. *J Dtsch Dermatol Ges*, 14, 1273-1283.
- PSCHYREMBEL. 2020. *Wundheilung* [Online]. Available: <https://www.pschyrembel.de/Wundheilung%20/K0P69/doc/> [Accessed 02.01.2020].
- RENTELN-KRUSE, W. 2001. Epidemiologische Aspekte der Morbidität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, I010-I015.
- SCHEIBE, M., REICHEL, J., BELLMANN, M. & KIRCH, W. 2015. Acceptance factors of mobile apps for diabetes by patients aged 50 or older: a qualitative study. *Medicine 2.0*, 4.
- SINGH, A. & MISRA, N. 2009. Loneliness, depression and sociability in old age. *Ind Psychiatry J*, 18, 51-5.
- SKOWRONSKY, A. & VON REIBNITZ, C. 2017. Beratung von Menschen mit chronischen Wunden. *Patientenorientierte Beratung in der Pflege*. Springer.

- STATISTIK AUSTRIA 2019. Bevölkerung im Jahresdurchschnitt nach Alter und Geschlecht Wien: Bundesanstalt Statistik.
- UPTON, D., SOLOWIEJ, K. & WOO, K. Y. 2014. A multinational health professional perspective of the prevalence of mood disorders in patients with acute and chronic wounds. *Int Wound J*, 11, 627-35.
- VÖLKEL, B. 2020. Pschyrembel online. Available: <https://www.pschyrembel.de/Depression/K05PP/doc/> [Accessed 5.12.2019].
- WEIN, A. J. 2017. Re: Urinary Incontinence in Frail Elderly Persons: Report from the 5th International Consultation on Incontinence. *J Urol*, 197, 1317-1318.
- WHO. 2014. *Quality of Life* [Online]. Available: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index2.html> [Accessed 25.12.2019].
- WHO. 2016. *Healthy Ageing* [Online]. Available: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/healthy-ageing> [Accessed 05.12.2019].
- WOLLINA, U., UNGER, L., STELZNER, C., MACHETANZ, J. & SCHELLONG, S. 2013. Ulcus cruris. *Der Internist*, 54, 1323-1329.
- YAN, X., CHEN, X., LI, M. & ZHANG, P. 2019. Prevalence and risk factors of anxiety and depression in Chinese patients with lung cancer : a cross-sectional study. *Cancer management and research*, 11, 4347-4356.
- YIP, S. O., DICK, M. A., MCPENCOW, A. M., MARTIN, D. K., CIARLEGLIO, M. M. & EREKSON, E. A. 2013. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. *Am J Obstet Gynecol*, 208, 146.e1-7.
- ZAIDEL, C., MUSICH, S., KARL, J., KRAEMER, S. & YEH, C. S. 2020. Psychosocial Factors Associated with Sleep Quality and Duration Among Older Adults with Chronic Pain. *Popul Health Manag*.
- ZAORSKY, N. G., ZHANG, Y., TUANQUIN, L., BLUETHMANN, S. M., PARK, H. S. & CHINCHILLI, V. M. 2019. Suicide among cancer patients. *Nat Commun*, 10, 207.