

Bachelorarbeit

Adipositas auf der Intensivstation – Eine Herausforderung für das Pflegepersonal

eingereicht von

Kumer Lisa

zur Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of Nursing Science
(BScN)**

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Sen. Lecturer Priv.-Doz.in Dr.in scient.med. Franziska Großschädl, BSc. MSc.

Graz, am 26. 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 benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 26. März 2020

Lisa Kumer, eh

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|--|
| APN | Advanced Practice Nurse |
| BMI | Body-Mass-Index |
| CINAHL | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| CT | Computertomographie |
| et al. | und andere |
| MeSH-Term | Medical Subject Headings |
| MMAT | Mixed Method Appraisal Tool |
| PubMed | Public Medical Literature Online |
| SOP | standard operating procedures |
| WHO | World Health Organisation |

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Prävalenz von Adipositas in Österreich von 1973 – 2014 kategorisiert nach Altersgruppen (Großschädl & Stronegger 2019)
- Tabelle 2: Klassifikation von Adipositas mittels BMI (WHO 2019b)
- Tabelle 3: Geschlechtsspezifische Risikobestimmung für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen mittels Taillenumfang (Hauner et al. 2013a)
- Tabelle 4: Risiko für Folgeerkrankungen bei Adipositas (Wirth 2013b)
- Tabelle 4: Ein – und Ausschlusskriterien der Studien
- Tabelle 5: Übersicht der inkludierten Studien
- Tabelle 6: Bewertung der Studien mit dem Bewertungsbogen MMAT (Hong et al. 2018)

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Flowchart adaptiert nach Moher et al. (2009)
- Abbildung 2: Bewertungsbogen Mixed Methods Appraisal Tool (Hong et al. 2018)

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Prävalenz der Krankheit Adipositas steigt weltweit stetig an. Die Folgen davon bleiben nicht unbemerkt, denn Adipositas hat nicht nur Auswirkungen für die Einzelperson, sondern betrifft auch das Gesundheitssystem und die medizinische Versorgung gleichermaßen. Insbesondere kommt es zu Problemen bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern, von denen die Intensivstation nicht ausgenommen ist.

Ziel: Mit dieser Arbeit sollen die Herausforderungen, mit denen Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger bei der Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten konfrontiert sind, eruiert werden.

Methode: Um dieses Ziel zu erreichen wurde das Literaturreview als Design der Arbeit gewählt. Nach einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL, sowie der Durchsicht von Referenzlisten, wurden die ausgewählten Studien dem Bewertungsbogen MMAT (Hong et al. 2018) unterzogen und kritisch bewertet. Somit konnten sechs Studien eingeschlossen werden.

Ergebnisse: Die Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten wird von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern als ermüdend und herausfordernd wahrgenommen. Oft fehlt das richtige Equipment und die richtigen Ressourcen, damit die adipöse Intensivpatientin bzw. -patient gut versorgt werden kann. Dies kann zu Hautschädigungen und Komfortverlust bei der Patientin bzw. beim Patienten, gesundheitlichen Problemen beim Pflegepersonal, Einbußen in der Pflegequalität sowie Patientinnen- und Patientensicherheit und mehr benötigtem Pflegepersonal führen. Des Weiteren stellen die negative Einstellung der Pflegeperson zu Adipositas, die Unbeholfenheit im Umgang mit Adipositas sowie die fehlende richtige Wortwahl Herausforderungen für die Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten dar.

Schlussfolgerung: Durch die gefilterten Problemfelder stellt sich heraus, dass die Herausforderungen weitläufig und schwerwiegend sind, die mit der steigenden Prävalenz von Adipositas zunehmen werden. Aufgrund dessen wären Fortbildungen bezüglich

Adipositas in Österreich wünschenswert. Insbesondere der Einsatz der Bariatric Nurse und der Advanced Practice Nurse könnten eine Verbesserung in jenen Belangen bewirken.

Schlüsselwörter: Adipositas, Pflege, Intensivstation, Herausforderungen

Abstract

Background: Prevalence of obesity is steadily increasing worldwide. The consequences are not unnoticed due to obesity not only affecting the individual but also the health system and medical care in equal measure. In particular there are problems with medical and nursing care in hospitals which also affects the intensive care unit.

Aim: The aim of this thesis is to investigate the challenges that intensive care nurses face when caring for obese intensive care patients.

Method: The literature review was chosen as the design of this thesis. After systematic literature research in the databases PubMed and CINAHL as well as a review of reference lists, the selected studies were subjected to the MMAT assessment form (Hong et al. 2018) and critically evaluated. A total of six studies are included.

Results: The care of obese intensive care patients is perceived as tiring and challenging by intensive care nurses. The right equipment and resources are often missing. This can lead to skin damage, deprivation of comfort for the patient, health problems for nursing staff, decreasing quality of nursing, decrease in patient safety as well as a necessity for more nursing staff. Furthermore, the negative attitude of nurses towards obesity, the awkwardness in dealing with obesity and the lack of correct word choice are challenges for the care of obese intensive care patients.

Conclusion: The filtered problem areas reveal that the challenges which are extensive and severe will increase with the rising prevalence of obesity. Therefore further education regarding obesity would be desirable in Austria. In particular the use of advanced nurse practitioners and bariatric nurses could have an improvement in those matters.

Key words: obesity, care, intensive care unit, challenges

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|------------|
| Eidesstattliche Erklärung | I |
| Abkürzungsverzeichnis | II |
| Tabellenverzeichnis | III |
| Abbildungsverzeichnis | III |
| Zusammenfassung | IV |
| Abstract | VI |
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Hintergrund..... | 1 |
| 1.2 Krankheitsbild Adipositas..... | 4 |
| 1.2.1 Definition Adipositas..... | 4 |
| 1.2.2 Klassifikation und Risikobestimmung..... | 4 |
| 1.2.3 Ursachen und Risikofaktoren..... | 6 |
| 1.2.4 Komorbiditäten..... | 7 |
| 1.2.5 Therapie..... | 10 |
| 1.2.6 Einfluss auf die Lebensqualität..... | 11 |
| 1.2.7 Adipositas auf der Intensivstation..... | 11 |
| 1.3 Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage..... | 13 |
| 2 Methode | 14 |
| 2.1 Design..... | 14 |
| 2.2 Datensammlung..... | 14 |
| 2.3 Auswahl der Studien..... | 15 |
| 2.4 Studienbewertung..... | 16 |
| 3 Ergebnisse | 18 |
| 3.1 Equipment und Ressourcen..... | 18 |
| 3.2 Körperliche Herausforderungen für das Pflegepersonal..... | 22 |
| 3.3 Soziale Interaktionen und sprachliche Herausforderungen..... | 23 |
| 3.4 Einstellung des Pflegepersonals zu Adipositas..... | 26 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4 | Diskussion..... | 32 |
| 4.1 | <i>Stärken und Limitationen der Arbeit.....</i> | 36 |
| 4.2 | <i>Empfehlung für die Pflegepraxis.....</i> | 37 |
| 4.3 | <i>Empfehlung für die Pflegeforschung.....</i> | 38 |
| 5 | Schlussfolgerung..... | 39 |
| 6 | Literaturverzeichnis..... | 40 |
| 7 | Anhang | 45 |
| 7.1 | <i>Bewertungsbogen.....</i> | 45 |
| 7.2 | <i>Bewertung der inkludierten Studien.....</i> | 46 |

1 Einleitung

Im folgenden Kapitel wird die Thematik, welche in dieser Arbeit behandelt wird, erläutert. Des Weiteren wird auf die pflegerische Relevanz eingegangen und der zentrale Begriff „Adipositas“ definiert. Ebenso wird das Krankheitsbild Adipositas sowie die Lebensqualität mit Adipositas beschrieben. Abschließend werden die Forschungslücke sowie die Forschungsfrage und das Forschungsziel aufgezeigt.

1.1 Hintergrund

Die Krankheit Adipositas ist eines der größten Gesundheitsprobleme des 21. Jahrhunderts (WHO 2019a). Weltweit hat sich die Prävalenz zwischen 1975 und 2016 nahezu verdreifacht. 2016 waren ca. 13 % der Weltbevölkerung adipös, davon 11% männlich und 15% weiblich. Des Weiteren gibt es mehr übergewichtige Personen, als Untergewichtige auf der Welt. Diese Problematik kann in allen Regionen der Welt, bis auf Teile Afrikas und Asiens, aufgezeigt werden (WHO 2018).

Auch in vielen Teilen Europas hat sich seit 1980 die Prävalenz von Adipositas verdreifacht und steigt weiterhin an. Zusätzlich gehen mit Adipositas diverse Folgeerkrankungen einher, wodurch die Gesundheit und das alltägliche Leben beeinträchtigt werden. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass Adipositas die Ursache für 10-13% der Todesfälle in Europa ist (WHO 2019a).

Zuletzt wurde im Jahr 2014 die Prävalenz von Adipositas in Österreich durch die Querschnittstudie „Österreichische Gesundheitsbefragung 2014“ erhoben. Im Gesamten wurde nachgewiesen, dass 3,4 Millionen Österreicherinnen und Österreicher übergewichtig bzw. adipös sind. Dies entspricht einem Prozentsatz von 47. Im Vergleich zu den Ergebnissen der vorangegangenen Befragung im Jahr 2006/07 sank der Anteil an übergewichtigen und adipösen Menschen in der Gesamtbevölkerung um 2% (Statistik Austria 2015).

Die erste Gesundheitserhebung in Österreich wurde 1973 von Statistik Austria durchgeführt und wird seither fortlaufend in unregelmäßigen Abständen erhoben (Großschädl & Stronegger 2019).

Tabelle 1: Prävalenz von Adipositas in Österreich von 1973 – 2014 kategorisiert nach Altersgruppen (Großschädl & Stronegger 2019)

| Altersgruppe | 1973 | | 1983 | | 2007 | | 2014 | |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | Frauen | Männer | Frauen | Männer | Frauen | Männer | Frauen | Männer |
| 20-34 | 3,4% | 5,2% | 2,8% | 3,3% | 6,8% | 6,9% | 7,0% | 10,9% |
| | | | | | | | | |
| 35-54 | 13,5% | 12,3% | 9,8% | 10,2% | 12,5% | 14,3% | 13,3% | 16,9% |
| | | | | | | | | |
| 55-74 | 20,2% | 12,1% | 18,4% | 13,2% | 26,5% | 22,8% | 24,1% | 24,6% |
| | | | | | | | | |
| >75 | 12,8% | 7,3% | 11,6% | 5,2% | 22,5% | 11,2% | 23,0% | 18,9% |
| | | | | | | | | |

Wie aus Tabelle 1 entnommen werden kann, weist die Gruppe der 55 - 74-Jährigen die höchste Prävalenz bezüglich Adipositas auf. Die genannte Gruppe wird schon seit 1973 unverändert als Risikogruppe bezeichnet (Großschädl & Stronegger 2019).

Ebenso steigt die Prävalenz seit 1983 in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern fortlaufend, bis auf eine Ausnahme, an. Diese bildet das weibliche Geschlecht im Jahr 2014, wo ein Rückgang zu beobachten ist. Somit konnte 2014 das männliche Geschlecht erstmals eine höhere Prävalenz, im Vergleich zu den Frauen, aufweisen (Großschädl & Stronegger 2019).

Zwischen 1983 und 2007 ist der höchste Anstieg der Prävalenz zu vernehmen. Dies ist hauptsächlich auf eine Verringerung der körperlichen Belastung sowie auf die Steigerung der Produktion von kostengünstigen und energiereichen Lebensmitteln zurückzuführen. Diese Faktoren scheinen die allgemeinen Konsequenzen der industriellen Entwicklung, als auch die Verbesserung der Lebensbedingungen zu sein (Großschädl & Stronegger 2019).

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, wie Deutschland, Schweiz, Norwegen und Polen, ist die Prävalenzrate in Österreich niedrig. Auch im Vergleich zu den USA ist die Prävalenz in Österreich geringer. In den USA lag im Jahr 2016 die Prävalenz von Adipositas im erwachsenen Alter bei 39,9 % und somit ist sie mehr als doppelt so hoch als jene in Österreich. Überdies konnte nachgewiesen werden, dass Adipositas im Zusammenhang mit dem Bildungsniveau steht und die Prävalenz von Adipositas mit niedrigem Bildungsniveau am höchsten ist (Großschädl & Stronegger 2019).

Die Auswirkungen von Adipositas sind schwerwiegend. Adipositas ist eine chronische Krankheit, die mit einer eingeschränkten Lebensqualität einhergeht. Darüber hinaus sind die

Folgen von Adipositas eine herabgesetzte Mortalität und Morbidität, die sich bei schwerer Adipositas um bis zu 20 Jahre reduzieren kann (Lohmer & Ulbrich 2013b). Das erhöhte Risiko für Morbidität und Mortalität ist auf die veränderte Physiologie zurückzuführen. Die Physiologie verändert sich zum einen aufgrund von Adipositas (Robstad et al. 2018) und zum anderen durch die von Adipositas begünstigte Krankheiten, die sogenannten Komorbiditäten. Zu diesen zählen unter anderem Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck und Depression (Kischkel 2013). Im 21. Jahrhundert wird ein möglicher Rückgang der Lebenserwartung in den erwartet (Hainer & Aldhoon-Hainerova 2013).

Durch das Ansteigen der Prävalenz und somit der vonstattengehenden Veränderung im Patientinnen- und Patientenklintel wurde die Problematik in der Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten immer deutlicher spürbar (Kischkel 2013).

Einerseits fallen enorme Kosten für die Versorgung an. In Deutschland betragen diese im Jahr 2008 863 Millionen Euro. Diese enthielten die Behandlung von Adipositas, wobei die Kosten für die Folgeerkrankungen nicht inkludiert waren (Lohmer & Ulbrich 2013b).

Ebenso wurde in den USA nachgewiesen, dass direkte und indirekte Kosten aufgrund von Adipositas erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen auf das US-amerikanische Gesundheitssystem haben. Diese setzten sich einerseits aus der medizinischen Versorgung und andererseits aus einer erhöhten Morbidität und Mortalität von adipösen Menschen zusammen. Die Anzahl der Krankheitstage und die Beanspruchung der medizinischen Versorgung nimmt mit einem steigenden Body-Mass-Index (BMI) einer Person zu. Ebenso liegen die Pro-Kopf-Kosten für die Gesundheitsversorgung von Erwachsenen mit schwerer oder krankhafter Fettleibigkeit um 81% höhere als jene Kosten, die bei gesunden Menschen entstehen (ACOG Committee Opinion 2019).

Andererseits ist das Krankenhaus, spezielle Kliniken für Adipositas ausgenommen, nicht für die Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten ausgelegt. Dies betrifft neben den baulichen Gegebenheiten, der personellen Situation und der Professionalität der Pflegekraft der Patientin bzw. dem Patienten gegenüber, auch Hilfsmittel, wie z.B. den Toilettenstuhl. Die Hilfsmittel sind der normalgewichtigen Patientin bzw. Patienten angepasst. Die Versorgung ist zeitaufwändiger und intensiver als bei normalgewichtigen Patientinnen und Patienten (Kischkel 2013).

Ein Faktor, der dazu beiträgt, ist der bestehende Personalmangel auf den Stationen. Häufig werden für pflegerische Tätigkeiten von Adipösen mehr Zeit sowie Personal benötigt. Beispielweise beim Lagewechsel oder der Mobilisation der adipösen Patientin bzw. des adipösen Patienten (Kischkel 2013). Dafür ist die Vorbereitung und Planung von

Pflegeabläufen und Pflegetätigkeiten von besonderer Bedeutung. Denn obwohl die Abläufe gut koordiniert werden, stellt die pflegerische Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten das bestehende System auf die Probe (Dette & Graf 2012).

1.2 Krankheitsbild Adipositas

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit dem Krankheitsbild Adipositas. Es werden Definition, Klassifikation, Risikofaktoren, Ursachen, Komorbiditäten sowie die Therapie erläutert. Überdies wird auf die Lebensqualität mit Adipositas eingegangen.

1.2.1 Definition Adipositas

„Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that may impair health“ (WHO 2018)

Übersetzt beschreibt die Definition der World Health Organisation Adipositas als eine Vermehrung von Körperfett, welches über das normale Verständnis der Körperfettvermehrung hinausgeht und mit einer Gesundheitsgefährdung bzw. dem erhöhten Risiko für das Erkranken an einer Folgeerkrankung einhergeht. Des Weiteren werden in der deutschen Sprache Fettsucht und Fettleibigkeit als Synonyme verwendet. Hierzu ist zu nennen, dass Fettsucht keine anerkannte Definition ist, weil es einerseits nicht medizinisch korrekt und andererseits diskriminierend ist (Hauner et al. 2013a).

1.2.2 Klassifikation und Risikobestimmung

Zur Klassifikation von Adipositas wird seit dem Jahr 2000, durch die Empfehlung der WHO, der Body Mass Index herangezogen. Dieser wird als Quotient von Körpergewicht in kg und Körpergröße in m² berechnet (Hauner et al. 2013a). Die BMI-Bereiche basieren auf den Auswirkungen, welche begünstigt durch das Körperfett, entstehen. Ebenso wurde der BMI als Risikoindikator für Krankheiten entwickelt. Mit steigendem BMI steigt auch das Risiko für die Entstehung einiger Krankheiten (WHO 2019b), auf die im Kapitel 1.2.4 näher eingegangen wird. Die Klassifikation des Body-Mass-Indexes wird in der Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Klassifikation von Adipositas mittels BMI (WHO 2019b)

| Gewichtskategorie | Body-Mass-Index |
|---------------------|------------------------------|
| Untergewicht | $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ |
| Normalgewicht | $18,5 - 24,5 \text{ kg/m}^2$ |
| Präadipositas | $25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ |
| Adipositas Grad I | $30,0 - 34,9 \text{ kg/m}^2$ |
| Adipositas Grad II | $35,0 - 39,9 \text{ kg/m}^2$ |
| Adipositas Grad III | $\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$ |

Wie aus Tabelle 2 entnommen werden kann, werden Übergewicht ab einem BMI von über oder gleich $25,0 \text{ kg/m}^2$ und Adipositas ab einem BMI von über 30 kg/m^2 definiert. Adipositas wird in drei Schweregrade eingeteilt. Die genannte Klassifikation gilt für Angehörige der weißen, europäischen Bevölkerung. Für andere ethnische Gruppen gelten meist niedrigere Grenzwerte. Der BMI ist ein indirektes anthropometrisches Maß zur Bestimmung der Körperfettmasse (Hauner et al. 2013a).

Therapeutische Maßnahmen für Adipositas werden erst getroffen, wenn eine Abschätzung des Gesamtrisikos, mit Einbeziehung von Risikofaktoren, erfolgte. Dafür wird zusätzlich zum BMI noch ein Maß herangezogen, der Taillenumfang. Der Taillenumfang ist ein weiteres anthropometrisches Maß, mit dem das Fettverteilungsmuster erfasst werden kann (Hauner et al. 2013a). Darüber hinaus ist er ein Parameter für das viszerale Fettdepot, jene Masse, die die inneren Organe umgibt und mit den Folgeerkrankungen der Adipositas korreliert (Klein et al. 2016b). Somit ist der Taillenumfang bedeutsamer für die Bestimmung des Komplikationsrisikos als der BMI (Hauner et al. 2013a).

Bei einem BMI von unter 35 kg/m^2 gibt der Taillenumfang einen Hinweis auf das Komplikationsrisiko. Die Höhe des Risikos für kardiovaskuläre und metabolische Komplikationen steigt mit zunehmenden Taillenumfang an (Hauner et al. 2013a). Geschlechterspezifisch wird das Risiko für Folgeerkrankungen in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Geschlechtsspezifische Risikobestimmung für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen mittels Taillenumfang (Hauner et al. 2013a).

| Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen | Taillenumfang bei der Frau | Taillenumfang beim Mann |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Mäßiges Risiko | 80 cm | 94 cm |
| Deutlich erhöhtes Risiko | 88 cm | 102 cm |

Somit wird bei einem BMI von und über 35 kg/m² von einem bestehenden Risiko für Begleiterkrankungen und von einer Behandlungsindikation ausgegangen ((Hauner et al. 2013a).Des Weiteren spricht man von einer abdominellen Adipositas, wenn der Taillenumfang bei Frauen \geq 88 cm und bei Männern bei \geq 102 cm liegt (Klein et al. 2016b).

1.2.3 Ursachen und Risikofaktoren

Es gibt Hinweise, dass Adipositas durch eine Vielzahl genetischer, umweltbedingter, sozioökonomischer, hormoneller und medizinischer Faktoren verursacht wird (Benfield 2017). Dennoch liegt die Hauptursache für die weltweite Adipositasepidemie in der unangepassten Lebensweise, die mit einer überkalorischen Ernährung und mit einem Bewegungsmangel einhergeht (Hauner et al. 2013b).

Grob kann die Adipositas in primäre und sekundäre Adipositas eingeteilt werden. Die Ursache der primären Adipositas liegt in der gestörten Regulation der Körperenergiehomöostase. Es besteht ein Missverhältnis, welches durch zu geringe körperliche Aktivität, Arzneimittel und Fehlernährung entstehen kann. Die sekundäre Adipositas tritt als Symptom einer anderen Krankheit auf (Klein et al. 2016c).

Die überkalorische Ernährung wird durch fettreiche Speisen wie z.B. Fast Food begünstigt. Jene Speisen sind schmackhaft, haben eine hohe Energiedichte, ein geringes Volumen und führen nur zu einer geringen Sättigung. Auch Softdrinks tragen wesentlich zur Gewichtszunahme bei, denn sie machen inzwischen den Hauptteil des Zuckerkonsums aus. In Kombination mit einem verminderten Energieverbrauch kommt es zu einer Gewichtszunahme. Ein inaktiver Lebensstil geht mit einem vierfach erhöhten Risiko adipös zu werden einher. Zusätzlich kann Adipositas bei einer Wahrscheinlichkeit von 50–60% vererbt sein. Vorwiegend wird der Energieverbrauch genetisch beeinflusst (Wirth 2012).

Darüber hinaus können auch biologische, psychosoziale und umweltbedingte Einflussfaktoren eine Ursache sein (Klein et al. 2016c). Der Schlafmangel spielt dabei eine besondere Rolle. Es konnte nachgewiesen werden, dass ein Schlafdefizit oder eine schlechte Qualität des Schlafes, unabhängig von anderen Risikofaktoren, alleine ein Risiko für die Entstehung von Adipositas darstellt. Dies äußert sich dadurch, dass der Schlafmangel ein verstärktes Hungergefühl hervorruft (Wirth 2012). Ebenso können Medikamente wie z.B. Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika, Neurologika, Glukokortikoide und Antidiabetiker eine Gewichtszunahme verursachen (Klein et al. 2016c).

Weitere Risikofaktoren sind: depressive Erkrankungen, Stress, Niedriger Bildungsstandart, niedriger Sozialstatus, Essstörungen wie Binge-Eating-Störung oder Night-Eating-Disorder, Endokrine Erkrankungen wie Hypothyreose oder Cushing Syndrom, Entwöhnung vom Nikotinkonsum (Klein et al. 2016e).

1.2.4 Komorbiditäten

Die Krankheit Adipositas, besonders die abdominelle Form, begünstigt die Entstehung von diversen Folgeerkrankungen (Hainer & Aldhoon-Hainerova 2013). Sie sind von Bedeutsamkeit, da sie die Lebenserwartung der Betroffenen herabsetzen. Durch Adipositas werden die verschiedensten Systembereiche beeinflusst. Die am wichtigsten sind folgende: Kardiovaskuläres System, metabolische und hormonelle Funktionen, Hämostase (Blutstillung), Respiratorisches System, Gastrointestinales System, Haut, Bewegungsapparat, Neoplasien (Krebserkrankungen) und Sexualfunktion (Lohmer & Ulbrich 2013a). Dennoch beziehen sich die Folgeerkrankungen hauptsächlich auf internistische, neoplastische und orthopädische Krankheiten. Zu ihrer Entstehung tragen besonders die metabolischen und endokrinologischen Gegebenheiten, sowie die Verdrängung von Organen und die statische Belastung bei (Wirth et al. 2013).

Im Vergleich zu normalgewichtigen Personen haben adipöse Menschen, obgleich männlich oder weiblich, ein dreifach erhöhtes Risiko für die Entstehung von Komorbiditäten (Wirth et al. 2013). Das Risiko für einige durch Adipositas begünstigte Krankheiten wird in der Tabelle 4 aufgezeigt.

Tabelle 4: Risiko für Folgeerkrankungen bei Adipositas (Wirth 2013b)

| Ein bis zweifach erhöhtes Risiko | Zwei bis dreifach erhöhtes Risiko | Dreifach erhöhtes Risiko |
|---|--|---------------------------------|
| Karzinome | Koronare Herzkrankheit | Diabetes mellitus |
| Polyzystisches Ovarsyndrom | Hypertonie | Cholezystolithiasis |
| Interfilität | Arthrose in Hüfte und Knie | Dyslipidämie |
| Rückenschmerz | Gicht und Hyperurikämie | Insulinresistenz |
| Fetopathie | | Schlafapnoe-Syndrom |

Nachfolgend werden die wichtigsten Komorbiditäten näher beschrieben.

Eine häufige Begleiterkrankung von Adipositas ist das Metabolische Syndrom (Lohmer & Ulbrich 2013a). Das Syndrom wird durch drei der folgenden fünf Faktoren beschrieben: erhöhter Taillenumfang, erhöhte Triglyzeride, erhöhtes HDL-Cholesterin, erhöhter Blutdruck und ein erhöhter Nüchternblutzucker (Klein et al. 2016a). Die Pathophysiologie ist auch durch einen Anstieg der viszeralen Fettmasse und einer Insulinresistenz geprägt. Das Syndrom erhöht das Risiko für Arteriosklerose sowie das kardiovaskuläre Risiko um das zwei bis dreifache. Ebenso begünstigt das Syndrom die Entstehung von Diabetes mellitus, Dyslipidämie, eine gestörten Fibrinolyse und Hypertonie (Wirth et al. 2013). Treten Adipositas, Hypertonie, Insulinresistenz und Fettstoffwechselstörung in Kombination auf, wird dies als das tödliche Quartett bezeichnet. Jede Komponente für sich stellt ein Risiko für die Entstehung von koronarer Herzkrankheit dar (Lohmer & Ulbrich 2013a).

Überdies ist Adipositas federführend bezüglich der Risikofaktoren, für die Entstehung von Diabetes mellitus Typ 2. Das Risiko nimmt mit einer Zunahme um je 1 kg/m² BMI um 20% zu. Dadurch erhöht sich das Risiko für Diabetes bei Adipositas um mehr als das Dreifache (Klein et al. 2016a). Daraus resultiert, dass 90% der Diabetiker dem Typ 2 angehören und nahezu jeder zweite adipös ist (Wirth et al. 2013).

Darüber hinaus werden mit Adipositas häufig Krankheiten, die das kardiovaskuläre System betreffen, in Verbindung gebracht. Ein erhebliches Problem besteht im Zusammenhang mit Hypertonie. Bei einer Gewichtserhöhung um 1kg steigt der systolische Wert um 3 mmHg

und der diastolische Wert um 2,2 mmHg an (Lohmer & Ulbrich 2013a). Somit besteht bei mindestens 40-60% der adipösen Menschen eine linksventrikuläre Hypertonie (Wirth et al. 2013). Parallel dazu entsteht Arteriosklerose, die weitere Krankheiten wie die koronare Herzkrankheit und den Apoplex begünstigt. Diese Faktoren stellen wiederum Risikofaktoren für den akuten Myokardinfarkt (Lohmer & Ulbrich 2013a), Rhythmusstörungen sowie den plötzlichen Herztod dar. Eine weitere Folge ist der Anstieg des Risikos für eine Herzinsuffizienz, welches pro Zunahme des BMIs von 1 kg/m² um 5% bei Männern und um 7% bei Frauen ansteigt (Wirth et al. 2013).

Eine weitere Auswirkung ist die Entstehung der Fettleber, welche Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 und die Insulinresistenz begünstigt. Überdies ist sie selbst ein Risikofaktor für die Leberzirrhose und kardiovaskuläre Folgen. Unter anderem entsteht auch häufiger eine Fettstoffwechselstörung als bei normalgewichtigen Personen. Durch die Erhöhung der Blutfettwerte werden die Entstehung von der peripher arteriellen Verschlusskrankheit und der Nierenkrankheiten begünstigt (Wirth et al. 2013).

Wie viele andere Körpersysteme wird auch die Respiration in vielerlei Hinsicht beeinflusst. Im Wesentlichen beschreibt sie lungenfunktionelle Veränderungen, das Adipositas Hyperventilationssyndrom und die obstruktive Schlafapnoe (Wirth et al. 2013). Etwa 60% der Patientinnen und Patienten mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom sind adipös. Neben den genannten Auswirkungen kommt es auch durch das steigende Gewicht zur Belastung des Bewegungsapparats, wodurch der Gelenkverschleiß zunimmt. In gleichen Maßen wird die Wirbelsäule in Mitleidenschaft gezogen. Dies äußert sich oft in Form von Hyperlordose (Lohmer & Ulbrich 2013a).

Zusätzlich besteht ein Zusammenhang zwischen Adipositas und onkologischen Erkrankungen, insbesondere mit den hormonell bedingten Krebserkrankungen. Bei Frauen ist ein Fünftel der Kolonkarzinome, ein Achtel der Mammakarzinome und die Hälfte der Endometriumkarzinome nach der Menopause auf Übergewicht zurückzuführen. Bei den Männern sind Prostatakarzinome und Darmkarzinome zu nennen (Lohmer & Ulbrich 2013a).

Zusammenfassend begünstigt Adipositas die Entstehung vieler Krankheiten, die sich wiederum gegenseitig beeinflussen und verstärken können.

1.2.5 Therapie

Das Ziel der Adipositas­therapie ist die Reduktion des Körpergewichtes, welches langfristig stabilisiert werden soll. Dadurch wird das Risiko für die Entstehung von Komorbiditäten sowie die Mortalität gesenkt. Neben dem Ziel der Gewichtsreduktion werden auch eine Verminderung von psychosozialen Störungen, Arbeitsunfähigkeit und frühzeitige Berentung angestrebt. Darüber hinaus wird nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität fokussiert, sondern auch eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und der Stressverarbeitung anvisiert (Klein et al. 2016d). Aus diesem Grund sollte das Therapiekonzept langfristig und gut geplant sein (Hauner et. al 2013b).

Indikation für eine Therapie sind ein BMI von oder über 30 kg/m². Ebenso bei Personen mit einem BMI von oder über 25 kg/m² mit bereits bestehenden Begleiterkrankungen. Unter einem BMI von 35 kg/m² und ohne Begleiterkrankungen ist keine ärztliche Betreuung notwendig. Dies tritt erst bei einem BMI von über 35 kg/m² und dem Vorliegen von medizinischen Problemen ein (Hauner et. al 2013b).

Kontraindikationen für die Therapie sind fehlendes Übergewicht, Schwangerschaft, Stillzeit, Essstörungen wie z.B. Bulimie, schwere Allgemeinerkrankungen und psychiatrische Erkrankungen (Hauner et. al 2013b).

Zuerst wird eine individuelle Risikoabschätzung vorgenommen, damit die Behandlung auf die Betroffene bzw. den Betroffenen angepasst werden kann (Hauner et al. 2013b).

Die Adipositas­therapie besteht aus drei Basissäulen, welche die Ernährung, Bewegung und die Verhaltensmodifikation umfassen (Lohmer & Ulbrich 2013d). Es wird eine Stufentherapie verfolgt, indem in den ersten drei bis sechs Monaten das Behandlungsziel erreicht werden soll. Komponenten der Therapie sind intensive Schulungen, realistische Zielsetzungen, ein individuelles Therapiekonzept, die Langzeitbetreuung durch ein Betreuungsteam und die Unterstützung durch das soziale Umfeld. Die Motivation und die Bereitschaft des Betroffenen eine Lebensstiländerung zu akzeptieren und langfristig beizubehalten sind maßgeblich für den Erfolg der Therapie. Der gesamte Prozess erfordert Disziplin und Eigenverantwortung. Überdies sind eine hohe Anpassungsfähigkeit und Flexibilität der Betroffenen notwendig, da die Anforderungen im Alltag sehr unterschiedlich sein können (Hauner et. al 2013b).

Wenn es zu keiner Gewichtsreduktion kommt wird je nach bestehendem Begleitrisiko und des Schweregrades der Adipositas, die Behandlung von drei Säulen auf fünf Säulen erweitert. Dabei wird zuerst die Behandlung mit gewichtsreduzierenden Medikamenten intensiviert. Ohne Erfolg wird auf die fünfte Säule, die bariatrische Chirurgie, ausgeweitet.

Es gibt verschiedene Operationstechniken, die aber alle eine Gewichtsreduktion anstreben. Einerseits kann dies mittels Verkleinerung des Magenvolumen erreicht werden. Hierfür kommt das Magenband zum Einsatz oder es wird ein Schlauchmagen chirurgisch angelegt. Andererseits kann eine Gewichtsreduktion mit der Verkürzung des Passageweges der Nahrung erreicht werden. Hier können weniger Nährstoffe aus der Nahrung aufgenommen werden. Für diese Methode gibt es verschiedene Operationstechniken, doch die am Häufigsten durchgeführte Methode ist die Magenbypass-Operation. Weitere Methoden sind die biliopankreatischen Diversionsoperation und die biliopankreatischen Diversionsoperation mit Duodenalswitch (Lohmer & Ulbrich 2013d).

1.2.6 Einfluss auf die Lebensqualität

Die Lebensqualität von adipösen Frauen und Männern wird vielseitig beeinträchtigt (Wirth 2013a). Fettleibigkeit ist in der modernen Gesellschaft eine stark stigmatisierte Erkrankung. Die Gesellschaft stigmatisiert Frauen und Männer, deren Körper außerhalb einer wahrgenommenen Norm liegen. In vielen Fällen wird Adipositas für unverantwortliches Überessen, Inaktivität oder für beides verantwortlich gemacht (ACOG Committee Opinion 2019), wodurch sie oft fortlaufend Kränkungen erfahren (Wirth 2013a). Ihnen werden Charakteristika wie Faulheit zugeschrieben, sowie sie laut der Gesellschaft über wenig Selbstdisziplin und eine geringe Willenskraft verfügen (Shea and Gagnon 2015).

Die Folgen davon sind eine gestörte Identifikation mit ihrem Körper, als auch ein sozialer Rückzug, wodurch Depression und Ängste entstehen. Daraus resultiert, dass adipöse Personen ihrer Funktion in Familie und Gesellschaft nicht mehr vollständig nachkommen können. Darüber hinaus werden sie durch den höheren Körperfettanteil in ihrer Bewegung im täglichen Leben eingeschränkt. Dies beinhaltet das Treppensteigen, Gehen, Laufen, Knien, Bücken und die Gelenkfähigkeit. Oft kann die berufliche Tätigkeit aufgrund dessen nicht mehr ausgeübt werden, wodurch es häufig zur Arbeitslosigkeit kommt. Darüber hinaus haben die Komorbiditäten zusätzlich Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Die Lebensqualität von adipösen Menschen wird sowohl psychisch als auch körperlich deutlich beeinträchtigt (Wirth 2013a).

1.2.7 Adipositas auf der Intensivstation

Die Intensivstation ist ein schnelllebiger, stressiger, anspruchsvoller und hochtechnologischer Fachbereich. Aus diesem Grund benötigen Krankenpflegerinnen und

Krankenpfleger eine Zusatzausbildung und Fachwissen, um schwerkranken Patientinnen und Patienten eine sichere Versorgung ermöglichen zu können. Auf der Intensivstation erhalten die Patientinnen und Patienten eine eins-zu-eins Betreuung. Sie haben komplexe Bedürfnisse, die sich auf physischer, emotionaler, spiritueller und psychosozialer Ebene befinden. Für die Behandlung von schwerkranken Patientinnen und Patienten sind lebenserhaltende Behandlungen, fortlaufende Diagnostiktests und eine invasive hämodynamische Überwachung von Nöten. Überdies umfasst die Intensivpflege das Management der parenteralen Ernährung, eine spezielle medikamentöse Behandlung sowie das Flüssigkeits- und Elektrolytmanagement. Ebenso kommt es auf Intensivstationen oft zu einer verlängerten Liegedauer, die bei den bestehenden Krankheiten weitere Komplikationen begünstigt. Die Intensivpatientin bzw. der Intensivpatient hat komplizierte Pflegebedürfnisse und in Verbindung mit Adipositas (Shea & Gagnon 2015) wird die Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten sehr komplex. Somit lässt sich ableiten, dass adipöse Patientinnen und Patienten auf einer Intensivstation eine noch größere Herausforderung für Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger darstellen, als normalgewichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten (Kischkel 2013). Laut jüngsten Studien liegt die Prävalenz von Patientinnen und Patienten mit Adipositas auf der Intensivstation bei rund 20 % (Schetz et al. 2019).

Wie schon erwähnt werden auch Faktoren wie Morbidität und Mortalität durch Adipositas begünstigt (Hainer & Aldhoon-Hainerova 2013). Widersprüchlich hingegen ist es, dass schwerkranke übergewichtige Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation eine niedrigere Mortalität aufweisen als normalgewichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Es konnte beobachtet werden, dass Übergewicht und mäßige Fettleibigkeit mit einer niedrigeren Mortalität einhergehen, als bei Normalgewicht. Das Phänomen, indem Fettleibigkeit das Risiko für Folgeerkrankungen erhöht, jedoch paradoxerweise mit einem erhöhten Überleben bei Intensivpatientinnen und Intensivpatienten mit Adipositas assoziiert ist, wird als das Adipositas-Paradoxon bezeichnet. Das Auftreten jenes Phänomens konnte bei verschiedenen chronischen Erkrankungen beobachtet werden. Dazu zählen Herzinsuffizienz, Erkrankungen der Herzkranzgefäße und die chronische Niereninsuffizienz im Endstadium. Doch nicht nur bei chronischen Erkrankungen, sondern auch bei akuten Geschehen, wie einer Pneumonie, Sepsis, akutem Atemnotsyndrom oder einer schweren Allgemeinerkrankung, konnte es, den Daten zu Folge, eruiert werden. Dennoch wurde es in Frage gestellt, ob das Adipositas-

Überlebens - Paradoxon tatsächlich eine Schutzwirkung aufweist und sich somit positiv auf die Patientinnen- und Patientensituation auswirkt (Schetz et. al 2019).

1.3 Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage

Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass Adipositas seitens der Forschung häufig untersucht wird. Oft bezieht sich die Forschung aber auf die medizinischen und nicht pflegewissenschaftlich relevanten Aspekte der Adipositas. Überdies wird zu einigen Themenbereichen der Adipositas mehr geforscht als zu anderen.

Für das Setting Intensivstation in Kombination mit Adipositas wurde schon viel Forschung betrieben. Die bestehende Bandbreite an Erkenntnissen bezieht sich hauptsächlich auf das Adipositas – Überlebens – Paradoxon, welches bereits gut beleuchtet werden konnte. Da dies den Hauptteil der bestehenden Forschung ausmacht, wurden andere außer Acht gelassen.

Ebenso spielt die Prävalenz von Adipositas eine entscheidende Rolle. Diese ist in anderen Teilen der Welt, wie z.B. in den USA, drei Mal so hoch als die Prävalenz von Adipositas in Österreich.

Somit kann nur ein geringer Bestandteil an Forschung bis dato eruiert werden, der das Setting Intensivstation, die Population der erwachsenen adipösen Intensivpatientin bzw. Intensivpatienten und die Herausforderungen für das Pflegepersonal umfasst.

Diese Forschungslücke soll mit dieser Arbeit, anhand eines Literaturreviews, gefüllt werden.

Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, mit welchen Herausforderungen das Pflegepersonal bei der Versorgung einer adipösen Patientin bzw. eines adipösen Patienten auf der Intensivstation konfrontiert ist.

Aus dem genannten Forschungsziel lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

Welche Herausforderungen ergeben sich für das Pflegepersonal bei der Versorgung einer adipösen Patientin bzw. eines adipösen Patienten auf der Intensivstation?

2 Methode

In diesem Kapitel wird das Design der Arbeit sowie das Vorgehen in der Literaturrecherche beschrieben. Zudem wird erläutert wie die Studiena Auswahl vonstatten ging.

2.1 Design

Das Design dieser Arbeit ist eine Übersichtsarbeit bzw. Literaturreview. Bei diesem Design wird bereits bestehendes Wissen zu einem bestimmten Thema, oft zu einem bestehenden Problem, kritisch zusammengefasst. Die neu gewonnen Erkenntnisse können die Basis für ein neues Forschungsgebiet bilden (Polit & Beck 2017).

2.2 Datensammlung

Das Einlesen in die Thematik erfolgte einerseits mittels Internet und andererseits durch diverse Bücher. Die systemische Literaturrecherche wurde im Anschluss darauf im Oktober und November 2019 in den Datenbanken Public Medical Literature Online (PubMed) und Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) betrieben. Ebenso wurde eine Handsuche in den Referenzlisten der Studien durchgeführt.

Für die Litertaurrecherche wurden die Schlagwörter obesity, intensive care unit, nursing care, challenges, children und pediatric verwendet. Neben obesity wurde auch der Term adiposity in die Suchstrategie inkludiert. Für intensive care unit flossen auch die Synonyme icu und critical care in die Suchstrategie mit ein sowie für challenges auch der Term difficulties verwendet wurde. Die Keywords wurden mit den Bool'schen Operatoren AND, OR und NOT versehen. Not wurde für pediatric und children angewendet. Somit konnten Studien, die von minderjährigen Patientinnen und Patienten handeln, ausgeschlossen werden. Diesem Entschluss liegt zugrunde, dass nur Literatur von erwachsenen Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden soll. Das Miteinbeziehen von Kindern und Adoleszenz würde den Umfang der Arbeit sprengen.

Des Weiteren wurde mit Medical Subject Headings (MeSH-Terms) in Pubmed und Subheadings in CINAHL recherchiert. Durch diese Anwendung konnte die Suche spezifiziert werden.

Für die Datenbank CINAHL wurde folgende Suchstrategie ausgewählt:

MH challenges OR MH difficulties OR (challenges or difficulties) AND MH intensive care unit OR (intensive care unit or icu or critical care) AND nursing care AND (obesity or adiposity) NOT (children or pediatric).

Ebenso wurde für die Datenbank PubMed eine Suchstrategie angefertigt, die wie folgt lautet: obesity[MeSH Terms]) OR adiposity[MeSH Terms]) OR (obesity or adiposity)) AND (Intensive Care unit or icu or critical care)) AND nursing care))) NOT (pediatric or children)

Für Pubmed wurden die Schlagwörter difficulties und challenges, aufgrund der zu geringen Trefferanzahl, nicht verwendet.

2.3 Auswahl der Studien

Damit die Forschungsfrage präzise beantwortet werden kann wurden Limitationen sowie Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Somit wurde die Artikelauswahl auf die Sprachen Deutsch und Englisch limitiert. Überdies sollten nur Studien in diese Arbeit eingeschlossen werden, die nicht älter als zehn Jahre sind. Obwohl dies der Fall war, konnte mit den angegebenen Suchstrategien sowie Limitationen eine Studie gefunden werden, die ein Publikationsjahr vor 2009 aufweist. Aufgrund der Relevanz der Studie wurde diese miteingeschlossen. Die restlichen inkludierten Studien zählen zu der aktuellsten bestehenden Forschung der letzten zehn Jahre.

Die Kriterien, welche die Studien erfüllen, sind in der Tabelle 5 beschrieben.

Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien der Studien

| Einschlusskriterien | | Ausschlusskriterien |
|---------------------|--|--|
| Population: | Erwachsene Patientinnen und Patienten über 18 Jahre mit einem BMI > 30 | Alle Studien die nicht von den Herausforderungen bei der Pflege von adipösen Patienten und Patientinnen auf der Intensivstation handeln, sowie mit dem Design eines Reviews. |
| Setting: | Intensivstation | |
| Studien: | alle qualitativen sowie quantitativen Studien | |
| Sprache: | Englisch und Deutsch | |

Bei der Auswahl der Studien wurden die genannten Kriterien stets berücksichtigt. Somit konnte insgesamt eine Anzahl von 183 Studien eruiert werden. Davon wurden 108 Studien

in Pubmed, 77 Studien in Cinahl und eine Studie durch die Sichtung der Referenzlisten gefunden. Nach der Duplikationsprüfung in EndNote konnten 165 Studien in das weitere Auswahlverfahren aufgenommen werden. Nach dem Titelscreening ergab es eine Anzahl von 30 Studien. Im letzten Schritt erfolgte das Abstractscreening, wodurch neun Studien eruiert werden konnten. Im nächsten Schritt wurden diese Studien auf den Volltext gescreent. Hierfür mussten jeweils der Titel und der Abstract der Studie die wichtigsten Schlüsselwörter beinhalten. Dies entspricht der Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten sowie sie auch einen Hinweis auf Herausforderungen, die mit der Pflege jener Patientinnen- und Patientengruppe in Verbindung stehen, geben soll. Des Weiteren sollte die Studie einen Hintergrund, Methodik, Ergebnisse und eine Diskussion sowie ein Forschungsdesign aufweisen. Somit konnte sichergestellt werden, dass etwaige Reviews ausgeschlossen werden konnten. Ebenso sollte der Volltext die gewählte Forschungsfrage beantworten können. Die für relevant erachteten Studien wurden anschließend mit dem ausgewählten Bewertungsbogen, welcher in 2.4. näher beschrieben wird, kritisch bewertet. Somit konnte insgesamt eine Anzahl von sechs Studien in diese Arbeit eingeschlossen werden.

Eine bildliche Veranschaulichung dieses Prozesses ist in der Abbildung 1, unter 2.4, dargestellt.

2.4 Studienbewertung

Die ausgewählten Studien wurden mittels dem Bewertungsbogen Mixed Method Appraisal Tool (MMAT) Version 2018 bewertet. Das Bewertungsinstrument erhebt die methodische Qualität von Studien kritisch.

Mittels diesem Bewertungsbogen können sowohl qualitative und quantitative Studien, als auch mixed-method Studien bewertet werden. Somit können fünf Designs mit diesem Bogen beurteilt werden, die wie folgt lauten: Qualitative Studien, Randomisierte Kontrollstudie, Nicht randomisierte quantitative Studien, Quantitative deskriptive Studien, Mixed-method Studien. Dies bedeutet, dass mit diesem Bewertungsinstrument keine empirische Studie, wie ein Literaturreview, bewertet werden kann. Der MMAT beinhaltet für jedes Design Fragen, die mit einer Checkliste und mit „yes“, „no“ und „can't tell“ beantwortet werden. Des Weiteren gibt es ein freies Feld für Kommentare (Hong et al. 2018).

Im Anhang unter 7.1 ist der Bewertungsbogen MMAT zu finden sowie die Bewertung der eingeschlossenen Studien unter 7.2.

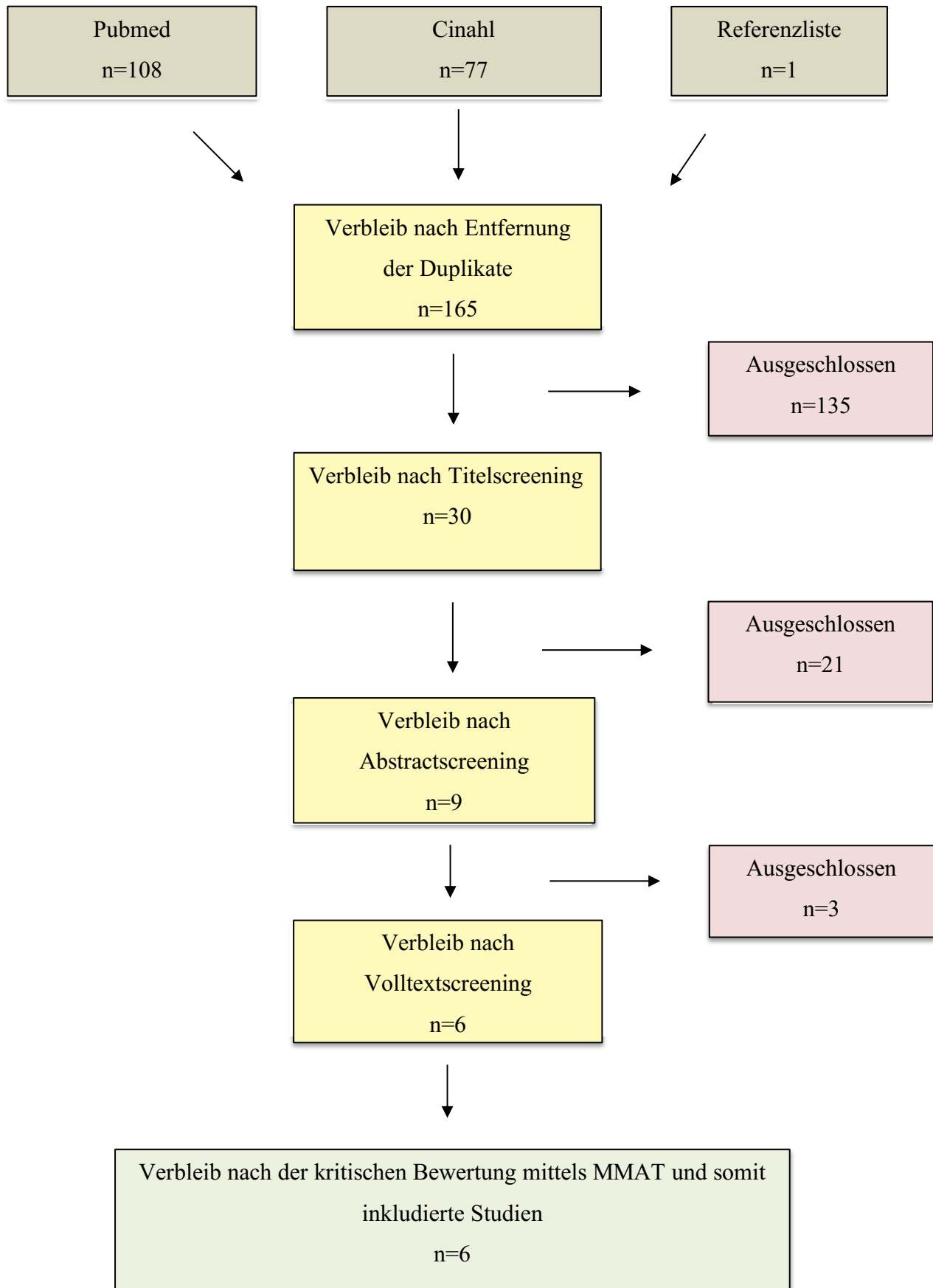


Abbildung 1: Flowchart adaptiert nach Moher et al. (2009)

3 Ergebnisse

Anhand der unter 1.4 definierten Forschungsfrage: „Welche Herausforderungen ergeben sich für das Pflegepersonal bei der Versorgung einer adipösen Patientin bzw. eines adipösen Patienten auf der Intensivstation?“, wurde die Literaturrecherche durchgeführt und die zentralen Ergebnisse werden in diesem Kapitel dargestellt. Am Ende des Kapitels befindet sich eine Tabelle, in der die wichtigsten Aspekte jeder verwendeten Studie genannt sind.

3.1 Equipment und Ressourcen

Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger berichteten von verschiedenstem Equipment, welches für die Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten verwendet wurde. Dazu zählten Deckenlifte, mobile Lifte, spezielle Betten, die auch bariatrische Betten genannt werden, sowie Spezialmatratzen. Des Weiteren wurde aber auch das Patientinnen- und Patientenzimmer, welches auf der Intensivstation größer ist und somit mehr Raum für Equipment und Personal bot, als Ressource wahrgenommen (Shea & Gagnon 2015).

In der Studie von Winkelmann und Maloney (2005) wurde das am häufigsten verwendeten Hilfsmittel das nicht standardisierte Bett oder eine spezielle Matratzenauflage genannt. Die Häufigkeit der Verwendung von jenem Equipment nahm mit steigendem BMI zu (Winkelmann & Maloney 2005).

Es kamen auch andere Hilfsmittel, wie eine übergroße Blutdruckmanschette, Antithrombosestrümpfe, Toilettenstühle sowie Rollstühle zum Einsatz. Die Häufigkeit der Verwendung von jenen Hilfsmitteln stieg ab einem BMI von über 40 an. Dies entsprach einer Verwendung des Equipments von 30%. Dieser Prozentwert stieg mit zunehmendem Gewicht. Der Schwellenwert, bei dem die Häufigkeit der Verwendung des Equipments zunahm, lag bei einem BMI von über oder gleich 43 kg/m². Der Prozentwert für die Häufigkeit der Verwendung jenes Equipments lag hier bereits bei 65%. Obwohl sich die Werte um nur drei BMI-Punkte unterschieden, unterschieden sich die Prozentpunkte maßgeblich (Winkelmann & Maloney 2005).

Ein zentrales Ergebnis aus der Studie von Hales et al. (2017) war, dass die Körpermasse der adipösen Patientin bzw. des Patienten in Verbindung mit dem nicht passenden Equipment eine Herausforderung für die pflegerischen Versorgung darstellte (Hales et al. 2017).

Es wurde beschrieben, dass das Gewicht und nicht die Körpergröße und Körpermasse der Patientin bzw. des Patienten bei der Berechnung, für die Auswahl des passenden Equipments, berücksichtigt wurde. Durch die Verwendung vom Gewicht zur Auswahl des Equipments lagen alle Patientinnen und Patienten im angegebenen Bereich. Das Standard Intensivbett hatte eine Grenze von 267kg, welche die Intensivpatientinnen bzw. Intensivpatienten nicht überschritten haben. Obwohl dies der Fall war, war das Equipment nicht auf die spezielle Körperform und Körpergröße angepasst. Somit waren die Betten oft zu schmal, die Sitzbreite der Stühle zu klein, die Hebebänder zu eng und die Bahren zu instabil, um den Körper der fettleibigen Patientin bzw. des Patienten gut unterstützen zu können. Daraus resultierte, dass die Schlaufen in die Haut einschnitten und die Hautfalten über die Stühle hingen. Dies führte zu Schmerzen und Hautverletzungen (Hales et al. 2017). Da die Problematik bezüglich der Haut bestehend war, wurde in der Studie von Shea und Gagnon (2015) ein Vergleich zwischen dem normalgewichtigen Intensivpatientin bzw. Intensivpatienten und der adipösen Intensivpatientin bzw. Intensivpatienten gezogen. Laut dieser Studie erhielten adipöse Menschen nicht die gleiche Hautpflege, da sie nicht so oft positioniert wurden (Shea & Gagnon 2015).

Auch in der Studie von Winkelmann und Maloney (2005) wurde berichtet, dass bei zehn Intensivpatientinnen und Intensivpatienten, welche 23% der Probandinnen und Probanden ausmachten, eine spezielle Hautpflege von Nöten war. Es wurden Salben und Polster verwendet, wodurch die Ressourcennutzung anstieg. Dekubitalulcera und Hautschäden konnten bei acht der zehn Intensivpatientinnen und Intensivpatienten verhindert werden. So kam es lediglich bei zwei Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zur Entstehung von einem Dekubitus, obwohl jene Patientinnen bzw. -patienten bereits einen geringen Wert auf der Braden-Skala aufwiesen (Winkelman & Maloney 2015).

Somit hatte die Verwendung von jedem Equipment sowohl Auswirkungen auf die Patientinnensicherheit bzw. Patientensicherheit als auch auf den Komfort der Patientin bzw. des Patienten (Hales et al. 2017).

Des Weiteren wurden Hilfsmittel, wie z.B. der Duschstuhl, aus dem Zentrallager oder bei einer Firma, die dieses Equipment zur Verfügung stellte, ausgeliehen (Hales et al. 2017).

Auch in der Studie von Shea und Gagnon (2015) wurde das Problem, welches in der Zugänglichkeit und in der Verfügbarkeit des benötigten Equipments bestand, beschrieben. Neben dem Equipment zählte auch die Kleidung, welche nicht an die Körperform eines adipösen Menschen angepasst war, zum bestehenden Ressourcenmangel (Shea & Gagnon

2015). Überdies wurde auch in der Studie von Winkelmann und Maloney (2005) das Bereitstellen jenes Equipments für die Versorgung, als problematisch beschrieben. Dies gestaltete sich insbesondere nach 18:00 Uhr und an Wochenenden als schwierig (Winkelmann & Maloney 2005).

Die mangelnde Zugänglichkeit und Verfügbarkeit konnte sich sowohl negativ auf die Erfahrungen der Intensivpflegerin bzw. des Intensivpflegers mit einer adipösen Patientin bzw. einem Patienten, als auch auf die Erfahrung der Patientin bzw. des Patienten auf der Intensivstation, hospitalisiert zu werden, auswirken. Darüber hinaus konnte die Pflegequalität zusätzlich negativ beeinflusst werden und Situationen schaffen, in denen das Pflegepersonal seine beruflichen Standards nicht einhalten konnte (Shea & Gagnon 2015).

Neben dem Problem bestand auch ein mangelhaftes Wissen der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger darüber, wo die physischen Ressourcen zu finden waren und ob diese verfügbar waren. Das Nichtvorhandensein des Equipments hatte für das Pflegepersonal sowohl eine Steigerung der körperlichen Belastung als auch eine Erhöhung des Verletzungsrisikos zur Folge. Ebenso gründete die Problematik im Erbringen der Pflegequalität auf der körperlichen Belastung sowie den fehlenden Ressourcen. Die Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger berichteten auch von dem Mehraufwand und dem Zeitverlust welcher bereits bei kleinen Tätigkeiten, begünstigt durch die Häufigkeit der Durchführung, entstand. Für das Pflegepersonal resultierte daraus ein Zeitverlust und wiederum eine erhöhte körperliche Anstrengung (Shea & Gagnon 2015).

Andererseits berichtete diese Studie von der Teamarbeit, die bei der Pflege von adipösen Patientinnen und Patienten als Grundlage für die pflegerische Versorgung jener Patientinnen- und Patientengruppe gesehen werden konnte. Denn durch das oft nicht zugängliche Equipment mussten die Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger besser mit ihren Kolleginnen und Kollegen zusammenarbeiten. Hierbei lag die Herausforderung darin, dass nicht alle Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger gleichermaßen dafür bereit waren zu helfen. Mehr Personal wurde in Situationen des Bewegens, Neupositionierens, Badens und Mobilisierens der adipösen Intensivpatientin bzw. Intensivpatienten benötigt. Ebenso gestalteten sich Verbandswechsel schwierig. Zum einen musste mehr Verbandsmaterial verwendet werden und zum anderen mussten Kolleginnen und Kollegen Hautfalten anheben, damit die Pflegeperson adäquat arbeiten konnte (Shea & Gagnon 2015).

Ebenso konnte in der Studie von Winkelmann und Maloney nachgewiesen werden, dass die Lagerung der Patientin bzw. des Patienten mindestens zwei Intensivpflegerinnen und

Intensivpfleger, ab einem BMI von über 40 kg/m² mindestens vier Pflegepersonen, erforderte (Winkelmann & Maloney 2005).

Eine weitere Herausforderung, die mit der Körperform der adipösen Patientin bzw. Patientin in Verbindung stand, waren Schwierigkeiten, die bei Untersuchungsverfahren zum Vorschein kamen. Durch die Körperform konnten Untersuchungen wie Computertomographieuntersuchungen (CT-Untersuchung) (Hales et al. 2017) und Röntgenuntersuchungen nicht durchgeführt werden (Shea & Gagnon 2015). Auch in der Studie von Robstad et al. (2018) wurde vom nicht durchführen können von CT- und Standarduntersuchungen aufgrund der Körperform der Patientin bzw. des Patienten berichtet (Robstad et al. 2018). Aber nicht nur in Untersuchungsverfahren stellte die Körperform ein Hindernis dar, sondern auch in Notfallsituationen. Durch die erhöhte Körpermasse konnten notwendigen Schritte, welche lebenserhaltend waren, nur erschwert von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern durchgeführt werden (Shea & Gagnon 2015).

Des Weiteren bestand bei Intensivpatientinnen und Intensivpatienten Herausforderungen, die die Durchführung von medizinischen Interventionen erschwerten und durch die womöglich mehr Ressourcen benötigt wurden. Zu den medizinischen Maßnahmen, welche bei Intensivpatientinnen und Intensivpatienten durchgeführt werden können, zählten die Intubation (Winkelman & Maloney 2005).

In der Studie von Winkelmann und Maloney (2005) wurde die Atemwegssicherung, somit die Intubation, bei vier von 24 adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten als schwierig beschrieben. Alle 24 Intensivpatientinnen und Intensivpatienten wurden mechanisch beatmet; sechs davon für mehr als drei Tage (Winkelman & Maloney 2005).

Eine weitere Intervention war das Legen von peripheren Venenverweilkanülen. Es traten Schwierigkeiten auf, weshalb mehrere Versuche zum Legen des Zugangs benötigt wurden. In der Studie konnte nachgewiesen werden, dass eine Korrelation zwischen der Häufigkeit der Versuche und einem höheren BMI bestand (Winkelman & Maloney 2005).

Aufgrund des erhöhten Gewichtes wurde das Pflegepersonal auch mit Herausforderungen bezüglich der Medikamentendosierung konfrontiert. Aus diesem Grund nannten die Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger die Möglichkeit mit Pharmazeutinnen und Pharmazeuten Rücksprache zu halten als hilfreich, beispielweise bei der Bestimmung der Heparindosis. Ebenso konnten Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater zu Rate

gezogen werden. Die häufigsten Komplikationen bei adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten bezogen sich auf den Respirationstrakt (Winkelman & Maloney 2005). Auch in der Studie von Shea und Gagnon (2015) wurde beschrieben, dass Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger bei der Versorgung von adipösen Intensivpatientin bzw. dem Intensivpatienten mit zahlreichen Fragen und Unbekanntem konfrontiert waren, wie es eine Befragte bzw. ein Befragter im Interview angab (Shea & Gagnon 2015): „*I think I just feel like I'm on the edge of having provided that patient with safe care*“ (Shea & Gagnon 2015, S. 25).

3.2 Körperliche Herausforderungen für das Pflegepersonal

Neben den Herausforderungen bezüglich der Einstellung der Pflegeperson zu Adipositas, konnte in der Studie von Robstad et al. (2018) auch eine Problematik bezüglich der körperlichen Herausforderungen, das Pflegepersonal betreffend, eruiert werden. Insgesamt wurde die Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten als fordernd, anspruchsvoll und umfangreich erlebt. Nicht zuletzt wegen dem Mangel an adäquatem Equipment und dem zusätzlich benötigten Personal. Aufgrund dessen wurde das Verletzungsrisiko der Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern als hoch eingestuft (Robstad et al. 2018).

Ebenso wurde die fehlende Verfügbarkeit oder nicht Zugänglichkeit zu Ressourcen als Ursache für das bestehende Verletzungsrisiko für Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern in der Studie von Shea und Gagnon (2015) beschrieben (Shea & Gagnon 2015). Die bestehende Verletzungsgefahr begünstigte die Entwicklung von Ängsten, wodurch eine mangelnde Bereitschaft bei Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern, sich um adipöse Patientinnen und Patienten zu kümmern, bestand (Robstad et al. 2018). Auch in der Studie von Shea und Gagnon (2015) wurde von der Angst vor Verletzungen berichtet. Die Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger entwickelten ein geschärftes Bewusstsein für Verletzungen. Diese konnten sie sich jederzeit sowohl bei der Grundpflege und dem Positionieren der adipösen Patientin bzw. dem Patienten, als auch in Notfallsituationen, wie z.B. bei einem Herz-Kreislaufstillstand, zuziehen (Shea & Gagnon 2015).

In der Studie von Robstad et al. (2018) wurden Rückenprobleme als gesundheitliche Schädigung der Intensivpflegerin bzw. des Intensivpflegers, welche häufig als Folge der Mobilisation von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten entstehen, genannt (Robstad et al. 2018)

Durch das bestehende Risiko wurden Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger dazu veranlasst, sich selbst schützen zu müssen. Dies gelang ihnen durch das weniger oft in Kontakt treten mit der Gefahrensituation. Somit wollten Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger, um ihr eigenes Wohl schützen zu können, die Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten nicht mehr übernehmen. Durch verschiedene Strategien versuchten Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger ihre Gesundheit zu schützen (Shea & Gagnon 2017).

Eine Strategie war es, so viele Pflegemaßnahmen wie nur möglich auf einmal durchzuführen. So musste nur zu einem Zeitpunkt eine Kollegin bzw. ein Kollege um Hilfe gebeten werden, wodurch ihre eigene Gesundheit auch geschont werden konnte.

Eine weitere und nicht unübliche Strategie war es, die Intensivpatientin bzw. den Intensivpatienten für den die jeweilige Intensivpflegeperson zuständig war, mit einer anderen Kollegin bzw. Kollegen zu tauschen. Gründe für den Tausch waren körperlichen Ermüdung, die Angst verletzt zu werden, die bestehende körperliche Einschränkung der Pflegeperson in Bezug auf Alter und Größe, die Anzahl der Jahre, die die Pflegeperson noch zu arbeiten hat, bestehende Krankheit sowie andere Verpflichtungen, die außerhalb der Arbeit bestehen. Obwohl die Befragten feststellten, dass ihr Selbstschutz die Versorgung der adipösen Patientinnen und Patienten beeinträchtigen könnte, waren sie davon überzeugt, dass sie die gleiche pflegerische Versorgung bekommen sollten wie normalgewichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten (Shea & Gagnon 2017).

3.3 Soziale Interaktionen und sprachliche Herausforderungen

In der Studie von Hales et al. (2016) wurde untersucht, welche Herausforderungen während der Interaktion von adipösen Patientinnen und Patienten und dem medizinischen Personal auf der Intensivstation bestanden sowie welche Anwendung von Copingstrategien praktiziert wurden. Durch die Studie konnte herausgefunden werden, dass sich bei der Interaktion mit adipösen Patientinnen und Patienten bei Pflegerinnen und Pflegern das Gefühl von Unbehagen und Unwohlsein ausbreitete. Die Befragten nannten den Grund für die ständig bestehende soziale Unbeholfenheit, die gesellschaftliche Stigmatisierung von Adipositas. Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger berichteten von verschiedenen Strategien, um die Situationen handzuhaben (Hales et al. 2016).

Während der Übergabe am Krankenbett gaben viele Pflegerinnen und Pfleger an, das Gewicht der Intensivpatientin bzw. des Intensivpatienten bewusst zu ignorieren oder die Informationen, welche sich auf Adipositas bezieht, nicht direkt offen zu legen und somit zu

verschweigen. Ebenso berichteten Pflegerinnen und Pfleger davon, in einem fast unhörbaren Ton über die Adipositas der Patientin bzw. des Patienten zu sprechen (Hales et al. 2016).

Wenn aber doch über das Gewicht gesprochen wurde, wurde seitens des Pflegepersonals Euphemismen, geheime Codes und nonverbale Gesten für die Verständigung gewählt. Ebenso wurden bei der Dienstübergabe bewusst Krankheitsbilder, welche mit Adipositas in Verbindung stehen, nicht erwähnt. Eine Strategie, die von den Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern entwickelt wurde, war das Deuten und Zeigen auf Wörtern auf der Fieberkurve. Während der Visite machte die eine Pflegeperson die jeweils andere durch das Deuten, z.B. auf den BMI, auf die Adipositas aufmerksam. Das subtile Hinweisen auf die Adipositas konnte mehrfach beobachtet werden (Hales et al. 2016).

Eine weitere Strategie war es das direkte Gespräch über Adipositas seitens der Pflegeperson sowie der Patientin bzw. des Patienten zu vermeiden. Die Patientin bzw. der Patient wurde so behandelt, als wäre sie/er nicht adipös. Durch das nicht Sprechen über Adipositas konnten einerseits die Vorurteile, die Unbeholfenheit, als auch andererseits die Verlegenheit der Pflegeperson sowie die Unsicherheit der Patientin bzw. des Patienten, welche womöglich durch Adipositas bestand, nicht zum Vorschein kommen (Hales et al. 2016).

In Pflegesituationen, in denen die Adipositas bemerkbar ein Problem darstellte, wie z.B. wenn die adipöse Patientin bzw. der Patient zu groß für das Equipment war, wurde sie dennoch nicht angesprochen. Wenn die Patientin bzw. der Patient die Adipositas thematisierte, wurde dies vom Pflegepersonal überhört, durch Worte beschönigt oder das Gesprächsthema gewechselt. Dennoch bestand eine Gefahr für die Balance vom gegenseitigen Ignorieren der Adipositas. In Situationen, in denen die Intensivpflegerin bzw. der Intensivpfleger Stresssituationen oder großer körperlicher Belastung ausgesetzt war, konnte die Einstellung der Pflegeperson zum Vorschein kommen. Sie äußert sich, indem sich die Tonlage der Intensivpflegerin bzw. des Intensivpflegers veränderte oder indem es zur Äußerung von unangemessenen Kommentaren und Witzen kam. Dem Durchsickern der Stigmatisierung lag die Frustration zugrunde, da die Patientin bzw. der Patient bei Pflegetätigkeiten mithelfen könnten, es aber aufgrund des Gewichtes und der Körpermasse nicht schaffen würde. Meistens wurde das Durchsickern von negativen Einstellungen im klinischen Bereich beobachtet, der nicht die direkte Patientinnen-, und Patientenversorgung inkludiert. Der Ort des Geschehens umfasste den Arzneimittelraum, den Computerraum oder aber auch die Gespräche über das Telefon (Hales et al. 2016).

Des Weiteren bestand eine Herausforderung im Fehlen von einer akzeptierten und angemessenen Sprache sowie Wortwahl, die benötigt wurde, um eine adipöse Intensivpatientin bzw. einen Intensivpatienten angemessen beschreiben zu können. In der Studie von Shea und Gagnon (2015) wurde beschrieben, dass ein Teil des Pflegepersonals die Begriffe fett und adipös für die Beschreibung der Intensivpatientin bzw. des Intensivpatienten verwendete (Shea & Gagnon 2015). Ebenso wurde die biomedizinische Terminologie, wie adipös und krankhaft fettleibig, ungern von den Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern verwendet, wenn sie mit einer Patientin bzw. einem Patienten sprachen. Die Ursache dafür lag in der persönlichen Ansicht über die negativen Konnotationen dieser Begriffe in der Gesellschaft. Die Pflegepersonen lagen großen Wert darauf nicht so wahrgenommen zu werden, als würden sie über die Patientin bzw. den Patienten urteilen, wenn sie über die Körpermasse sprachen. Dennoch beeinflusste die persönliche Interpretation dieser Worte die Anwendung, wie es das folgende Zitat veranschaulichte (Hales et al. 2017): *'I'd be mortified [being] described as morbidly obese in the bed, it would be awful so that's why I wouldn't use that'* (Hales et al. 2017, S.3).

Um dies zu umgehen, wurden am häufigsten die Begriffe hoher/gestiegener BMI, baratrisch, adipös, fett und übergewichtig am häufigsten verwendet. In Situationen, in denen die Patientin bzw. der Patient wach sein konnte und die Unterhaltung hören konnte, vermied das Personal die genannten Wörter zu verwenden (Hales et al. 2017).

Die Stigmatisierung im Zusammenhang mit der Verwendung von biomedizinischer Sprache und die Unsicherheit vom Pflegepersonal darüber, wie sie über den krankhaft fettleibigen Körper sprechen konnten, hatten die Entwicklung eines geeigneten Vokabulars zur Beschreibung des krankhaft fettleibigen Körpers verhindert sowie sie die Herausforderungen, die bei der Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten bestehen, begünstigt hatten (Hales et al. 2017).

Auch in der Studie von Robstad et al. (2018) wurde von einer veränderten Körpersprache der Intensivpflegerin und des Intensivpflegers sowie von negativen Kommentaren gegenüber adipösen Patientinnen und Patienten berichtet (Robstad et al. 2018). Ebenso wurden in der Studie von Shea und Gagnon (2015) abfällige Kommentare und Witze, die das Pflegepersonal über jene Patientinnengruppe und Patientengruppe äußerte, beschrieben. Zusätzlich waren adipöse Intensivpatientinnen und Intensivpatienten Hauptthema unangemessener Gespräche sowie sie diskriminierende und negative Bemerkungen durch Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger erfuhren (Shea & Gagnon 2015).

Darüber hinaus berichteten Pflegepersonen von dem Willen die negativen Gedanken nicht auszudrücken, weil sie von den Patientinnen und Patienten als verletzend empfunden wurden. Auch die Herausforderung im nicht verschleiern können der eigenen Körpersprache, wurde von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern genannt. Denn Intensivpatientinnen und Intensivpatienten konnten die negative Haltung der Pflegeperson ebenso über die Körpersprache wahrnehmen (Robstad et al. 2018).

3.4 Einstellung des Pflegepersonals zu Adipositas

In der Studie von Shea und Gagnon (2015) wurden verschiedene Herausforderungen, welche in Verbindung mit der Pflege von adipösen Patientinnen und Patienten stehen, beschrieben. Eine handelte von der Sicht der Pflegeperson auf Adipositas. Es wurde beschrieben, dass die adipöse Intensivpatientin bzw. der Intensivpatient anders wahrgenommen wurde. Somit zogen Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger Unterschiede zwischen ihren Patientinnen und Patienten. Aus den Interviews ging hervor, dass die mit dem Übergewicht verbundenen Anforderungen an die Pflege und das andere Aussehen der Patientin bzw. des Patienten die Ursache dafür war, weshalb adipöse Patientinnen und Patienten als eine eigenständige Patientengruppe angesehen wurden. Die Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten wurde von den Pflegerinnen und Pflegern als körperlich anstrengender, arbeitsintensiver, ermüdend und insgesamt als härter beschrieben (Shea & Gagnon 2015). Auch in der Studie von Robstad et al. (2018) konnte dies nachgewiesen werden. Aufgrund des Gewichts und des erhöhten Arbeitsaufwands wurde die Pflege der adipösen Intensivpatientin bzw. dem Intensivpatienten als unangenehm wahrgenommen. In weiterer Folge wurde die Patientin bzw. der Patient nicht mehr als Individuum betrachtet, sondern als ein großer Körper, der mit einem hohen Pflegeaufwand in Verbindung stand. Durch die negative Einstellung wurden bei den Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern ein größerer Platz für Vorurteile eingeräumt (Robstad et al. 2018)

Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger berichteten von negativen Gefühlen, wie Frustration, Ärger, Schuld, Abstoßung, Ekel, Wut und Angst, die sie bei der Pflege von jener Patientinnen- und Patientengruppe verspürten (Shea & Gagnon 2015).

Einerseits entstanden die Emotionen durch das Mittragen von negativen Erlebnissen, welche in Verbindung mit adipösen Patientinnen und Patienten aus der Vergangenheit standen. Häufig wurden diese auf die gegenwärtige Intensivpatientin bzw. Intensivpatienten übertragen. Die negativen Gefühle konnten sich verstärken, wenn sich die Intensivpflegerin bzw. der Intensivpfleger in bestimmten Pflegesituationen einer körperlichen, geistigen,

persönlichen als auch emotionalen Herausforderung stellen mussten. Zusätzlich gaben Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger an sich besser an schlechte Ereignisse, die in Verbindung mit adipösen Patientinnen und Patienten standen zu erinnern, als an gute (Shea & Gagnon 2015).

Andererseits wurden sie durch die Charakteristika, welche die Intensivpflegerin bzw. der Intensivpfleger der adipösen Patientin bzw. dem Patienten zuschreiben, begünstigt. Aus ihrer Sicht kümmerte sich die Patientinnen- bzw. Patientengruppe nicht um ihre eigene Gesundheitsförderung, ist ungepflegter, hat nicht die Motivation sich selbst helfen zu wollen und wurde als faul, unkooperativ und fordernd erlebt (Shea & Gagnon 2015). Auch in der Studie von Robstad et al. (2018) wurde das ungepflegte Aussehen der adipösen Intensivpatientin bzw. des Intensivpatienten als Ursache dafür genannt. Die Pflegerinnen und Pfleger hatten auch das Gefühl, dass adipöse Menschen nicht dieselben Ansichten, bezüglich der Lebensführung, teilten. Dadurch entstand bei den Pflegerinnen Frustration, denn sie pflegen und sorgen sich um jene Patientin bzw. Patienten über Monate, aber die Person für sich selbst jedoch nicht. (Robstad et al. 2018).

Des Weiteren schienen einige der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger der Ansicht zu sein, dass übergewichtige Intensivpatientinnen und Patienten in irgendeiner Weise benachteiligt waren und nur über begrenzte soziale Netzwerke verfügten, keine Selbstbeherrschung besaßen und Adipositas letztendlich eine Selbstverschuldung war (Robstad et al. 2018).

Ebenso wurde in der Studie von Robstad et al. (2019) die Einstellung der Pflegeperson zu Adipositas untersucht. Hier konnte die Präferenz von dünneren gegenüber dickeren Intensivpatientinnen und Intensivpatienten gleichermaßen festgestellt werden. Mittels Fragebögen und Skalen wurden verschiedenste Eigenschaften untersucht. In den Kategorien „schlecht-gut“ und „faul-motiviert“ stellte sich heraus, dass die Adjektive „faul“ und „schlecht“ öfter den adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zugeschrieben wurden als den normalgewichtigen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Des Weiteren wurde die Eigenschaften in Teilskalen extra berechnet. Somit wurden die Charakteristika „weniger Willenskraft“ eher der adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatientenzugeschrieben zugeschrieben als der normalgewichtigen Intensivpatientin bzw. den Intensivpatienten. Überdies wurde die Einstellung der Pflegeperson selbst untersucht. So stellte sich heraus, dass Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger oft Angst in Verbindung mit der Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten hatten. Dies tritt häufiger auf, als das es auf die Abneigung zutrifft. Des Weiteren konnte weder

bezüglich der impliziten noch den expliziten Einstellungen nachgewiesen werden, dass die Einstellungen und Stereotypen mit den Verhaltensabsichten der Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern korrelierten (Robstad et al. 2019).

Die Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger erkannten jedoch, dass ihre Einstellungen und Überzeugungen bezüglich Adipositas die gesellschaftlichen Wahrnehmungen widerspiegelten. Denn nur weil sie Intensivpflegerinnen waren, müssten sie nicht zwingend ein besseres Verständnis von Adipositas haben (Robstad et al. 2018).

Eine Problematik, die damit in Verbindung stand, konnte bei der Dienstübergabe beobachtet werden. Durch die Dienstübergabe konnte eine Pflegeperson ihre negativen und persönlichen Überzeugungen sowie ihre Einstellungen an andere Pflegepersonen weitergeben. Einige berichteten davon bewusst die eigene negative Einstellung und die der anderen zu hinterfragen und sich dafür zu entscheiden diese zu überwinden (Shea & Gagnon 2015).

Sie empfanden es als herausfordernd, die soziale Sichtweise hinter sich zu lassen. Die negative Einstellung könnte Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger dazu veranlassen nicht die gleiche Pflege, wie bei einer normalgewichtigen Patientin bzw. einem Patienten, durchzuführen. Die befragten Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger berichteten von Situationen, in denen die adäquate Versorgung aufgrund der Komplexität der Krankheit und der Körpermasse nicht gewährleistet werden konnte. Hierbei wurden Situationen wie das Durchführen von pflegerischen Tätigkeiten genannt. Das Durchführen der Körperpflege konnte eine komplexe Entscheidung sein, da die Gefahr bei adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu dekomensieren größer war als bei normalgewichtigen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten (Shea & Gagnon 2015).

Alle Studien, die für den Ergebnisteil herangezogen wurden, werden in der Tabelle 5 dargestellt. Es werden die wichtigsten Aspekte beschrieben und vorgestellt.

Tabelle 5: Übersicht der inkludierten Studien

| Autor und Jahr | Forschungsziel | Design und Datenerhebungsmethode | Stichprobe und Setting | Ergebnisse |
|---|---|--|---|--|
| Hales, C., Vries, K. & Coombs, M. 2016 | Der Zweck dieser Studie war es die Einflüsse sowie die bestehende Kultur, welche auf der Intensivstation zwischen Ärztinnen, Ärzten, Krankenpflegerinnen, Krankenpfleger und adipösen Intensivpatientinnen bzw. Intensivpatienten, bei der Versorgung bestehen, zu untersuchen. | Qualitative Studie: <ul style="list-style-type: none"> • Fokussierter ethnographischer Ansatz Datenerhebungsmethode: <ul style="list-style-type: none"> • Interview • Beobachtung • Überprüfung von Dokumenten | Teilnehmer: <ul style="list-style-type: none"> • 67 Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger • 13 Intensivärztinnen und Intensivärzte • sieben adipöse Intensivpatientinnen und Intensivpatienten Setting: <ul style="list-style-type: none"> • 18-Betten Intensivstation in Neuseeland | Durch die Studie hat sich herausgestellt, dass die Interaktion, Kommunikation sowie der Umgang zwischen Intensivpflegepersonal und adipösen Patientinnen und Patienten miteinander, eine Herausforderung für die Pflege darstellte. Dies geschah aufgrund der Stigmatisierung, welche Unbehagen und Unbeholfenheit beim Personal hervorrief. Das Pflegepersonal entwickelte verschiedene Strategien, um der Herausforderung entgegenwirken zu können. Dafür kamen Euphemismen sowie geheime Codes zum Einsatz, damit die Pflegerinnen und Pfleger sich über die Adipositas in Kenntnis setzen konnten, ohne sie direkt anzusprechen. |
| Hales, C., Vries, K. & Coombs, M. 2017 | Das Ziel der Studie war es pflegerische Herausforderungen, die bei der Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten bestehen, zu eruieren sowie die Einstellung der Pflegeperson zur Pflege von adipösen Intensivpatientinnen | Qualitative Studie: <ul style="list-style-type: none"> • fokussierter ethnographischer Ansatz Datenerhebungsmethode: <ul style="list-style-type: none"> • Interview | Teilnehmer: <ul style="list-style-type: none"> • 67 Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger • 13 Intensivärztinnen und Intensivärzte • sieben adipöse Intensivpatientinnen und Intensivpatienten Setting: | In der Studie wurde die Körperform von adipösen Patientinnen und Patienten als eine Herausforderung für die Pflege beschrieben. Es war spezielles Equipment und Ressourcen für eine adäquate Pflege von Nöten. Ebenso bestand die Herausforderung in der richtigen Wortwahl für die Beschreibung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | und Intensivpatienten untersucht werden soll. | | <ul style="list-style-type: none"> • 18-Betten Intensivstation in Neuseeland | |
| Robstad, N., Söderhamn, U. & Fegran, L. 2018 | Ziel dieser Studie ist es ein besseres Verständnis für die Erfahrungen von Intensivpflegerinnen und Internsivpflegern, welche sie bei der Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten gewonnen haben, zu untersuchen. | <p>Qualitative Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hermeneutischer Ansatz - Phänomenologie <p>Datenerhebungsmethode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilstrukturierte Interview | <p>Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 13 Intensivkrankenpflegerinnen und Intensivkrankenpfleger <p>Setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensivstationen von zwei verschiedenen Krankenhäusern in Norwegen | Intensivpfleger empfanden die Betreuung fettleibiger Intensivpatientinnen und Intensivpatienten als emotional anstrengend, da diese im Vergleich zur Normalgewichtspatientin bzw. Normalgewichtspatienten verwundbarer, unähnlich und körperlich anstrengend sind. Während sie bestrebt waren, allen Patientinnen und Patienten eine gute und gleichberechtigte Versorgung zu bieten, hielten sie gleichzeitig negative Überzeugungen und Einstellungen gegenüber adipösen Patientinnen und Patienten aufrecht. Darüber hinaus kam es bei den Intensivpflegern zu Frustrationen in Bezug auf die körperlich anstrengenden Pflegesituationen und bei einigen Kolleginnen und Kollegen zu einer mangelnden Bereitschaft, sich um solche Patientinnen und Patienten kümmern zu wollen. |
| Robstad N., Westergren T., Siebler F., Söderhamn U. & Fegran L. 2019 | Mit dieser Studie wurden die impliziten und expliziten Einstellungen von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern gegenüber adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten und der | <p>Quantitative Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Querschnittstudie <p>Datenerhebungsmethode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Online Fragebogen | <p>Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 159 Intensivkrankenpflegerinnen und Krankenpfleger <p>Setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16 Intensivstationen | Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger gaben implizite Präferenzen für dünne Menschen gegenüber dicken Menschen an. Überdies werden adipöse Menschen mit den Adjektiven "schlechter" und "faul" sowie mit der Eigenschaft weniger Willenskraft aufzuweisen als dünne Personen, in Verbindung gebracht. Es konnte nicht |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | Frage, ob ihre Einstellung mit ihren Verhaltensabsichten diesen Patienten gegenüber zusammenhängt. | | | nachgewiesen werden, dass die Einstellungen mit den Verhaltensabsichten in Verbindung stehen. |
| Shea, JM. & Gagnon, M. 2015 | Ziel der Studie war es, die Erfahrungen von Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger, die mit adipösen Patientinnen und Patienten arbeiten, in Erfahrung zu bringen. | Qualitative Studie: <ul style="list-style-type: none"> • generisches qualitatives Forschungsdesign Datenerhebungsmethode: <ul style="list-style-type: none"> • Interview | Teilnehmer: <ul style="list-style-type: none"> • 11 Intensivkrankenschwestern und Krankenpfleger Setting: <ul style="list-style-type: none"> • zwei Intensivstationen in Kanada | Bei der Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und -patienten verspürt das Pflegepersonal negative Gefühle gegenüber dieser Patientinnen- und Patientengruppe. Dazu zählen Frustration, Empathie, Abstoßung und Angst. Ebenso wird von körperlichen Herausforderungen, die für die Pflegeperson entstehen, berichtet. Des Weiteren wurde das Problem in der Verfügbarkeit und der Zugänglichkeit von passendem Equipment beschrieben. |
| Chris Winkelmann and Beverly Manoney 2005 | Ziel dieser Studie war es, die Ressourcen, die Pflegekräfte auf der Intensivstation für die Versorgung fettleibiger Patientinnen und Patienten verwenden, zu beschreiben und den Zusammenhang zwischen Ressourcennutzung und Ergebnissen zu untersuchen. | Qualitative Studie <ul style="list-style-type: none"> • prospektive, beschreibende Querschnittsstudie Datenerhebungsmethode: <ul style="list-style-type: none"> • Interview • Beobachtung • Sichtung der Krankenakten | Teilnehmer: <ul style="list-style-type: none"> • 60 Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger • 43 adipöse Intensivpatientinnen und Patienten Setting: <ul style="list-style-type: none"> • Acht Intensivstationen in vier Krankenhäusern | Das Hauptergebnis in dieser Studie ist es, dass die Verwendung von einer speziellen Matratzenauflage oder einem nicht standardisierten Bett am Häufigsten auftritt. Des Weiteren waren übergroße Blutdruckmanschetten, Antithrombosestrümpfe, Toilettenstühle sowie Rollstühle häufig in Gebrauch. Ebenso stieg die Häufigkeit der Verwendung des Equipments mit der Höhe des BMI's an. Eine weitere Herausforderung war die Verfügbarkeit jenes Equipment. Dies gestaltete sich besonders nach 18:00 Uhr und an Wochenenden als schwierig. |

4 Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit war es jene Herausforderungen zu eruieren, welche bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen bei adipösen Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation bestehen. Die Forschungsfrage konnte mit den inkludierten Studien, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen wurden, beantwortet werden.

Zusammenfassend konnten vier Hauptprobleme ermittelt werden. Überdies wurde ersichtlich, dass sich die bestehenden Herausforderungen gegenseitig beeinflussen und verstärken können. Somit können die Hauptprobleme einerseits an der Pflegeperson festgemacht werden. Dies inkludiert die Stigmatisierung von Adipositas, indem jene Patientinnen- und Patientengruppe als eine eigenständige Patientinnen- und Patientengruppe wahrgenommen wird. Ebenso existiert keine einheitliche Wortwahl und Sprache für die Beschreibung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Andererseits bestehen Herausforderungen beim Durchführen von Pflegemaßnahmen. Bei der Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten stellt besonders die Körperform ein zentrales Problem dar. Dafür wird ein spezielles Equipment, oder ersatzweise mehr Pflegepersonen benötigt, damit die Pflegequalität bestmöglich erhalten bleiben kann. Durch die Zusatzbelastung von Adipositas resultieren sowohl gesundheitliche Probleme beim Pflegepersonal als auch die Angst vor Verletzungen. Des Weiteren nimmt dies einen Einfluss auf die Abläufe im Stationsalltag und ein Zeitverlust wird dadurch begünstigt. Alle genannten Herausforderungen konnten jeweils, mindestens mit zwei der ausgewählten Studien, untermauert werden.

In der Studie von Shea und Gagnon (2015) wurden nahezu alle der bestehenden Herausforderungen beschrieben. Die erste, welche zu nennen ist, lag im Bereitstellen und in der Verfügbarkeit des Equipments. Diese Problematik konnte neben der Studie von Shea und Gagnon (2015) ebenso mit der Studie von Hales et al. (2017) belegt werden, sowie es auch mit der Studie von Winkelmann und Maloney (2005) der Fall war (Shea & Gagnon 2015, Hales et al. 2017, Winkelmann & Maloney 2005). Durch die Publikationsjahre der jeweiligen Studien geht hervor, dass diese Herausforderung zum jetzigen Zeitpunkt, bereits seit über zehn Jahren bestehend ist und bis 2017 keine Besserung in diesen Belangen auftrat. Ebenso liegt eine weitere Problematik in der Auswahl des passenden Equipments vor. Wie in den Ergebnissen bereits beschrieben wurde, wurde das Equipment mit dem Gewicht und nicht mit der Größe des Körpers bestimmt. Dies hatte nicht nur Folgen für die Patientinnen-

und Patientensicherheit sondern es litt auch die Pflegequalität darunter. Dies konnte durch die Entstehung von Dekubitalgeschwüren nachgewiesen werden (Shea & Gagnon 2015, Hales et al. 2016).

Die Entstehung von Hautschäden bei adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten wurde auch in der Studie von Winkelmann und Maloney (2005) beschrieben. In der Studie entwickelte sich bei zwei Patientinnen bzw. Patienten, die einen niedrigen Wert auf der Braden-Skala aufwiesen, ein Dekubitus (Winkelmann & Maloney 2005). Es konnte ebenso in einer anderen Studie bestätigt werden, dass Patientinnen und Patienten mit einem Dekubitus geringere Werte auf der Braden-Skala aufzeigen als Patientinnen und Patienten ohne Dekubitus. Patientinnen und Patienten mit einem Dekubitus verweilten tendenziell auch länger auf der Intensivstation sowie sie ein signifikant höheres Durchschnittsgewicht aufwiesen. Des Weiteren besteht ein Zusammenhang zwischen dem BMI und dem Auftreten von Druckgeschwüren bei Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Die Gruppe der untergewichtigen und extrem fettleibigen Patientinnen und Patienten hatte ein höheres Risiko für Druckgeschwüre als Patientinnen und Patienten in der normalgewichtigen oder fettleibigen Gruppe (Newton et al. 2014). Somit ist das Verwenden von Hilfsmitteln, wie der Deckenlift und das bariatrische Bett essentiell für die Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Dadurch kann die Zahl der Pflegepersonen, die ohne das Equipment für die Pflgetätigkeiten benötigt werden würden, verringert werden (Shea & Gagnon 2015).

Darüber hinaus kann durch das Verwenden vom Equipment die Gesundheit von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern erhalten werden, wie es in den Studien von Shea und Gagnon (2015) und Robstad et al. (2018) beschrieben wird. Denn ohne die Unterstützung von Hilfsmitteln kommt es zu einer erhöhten körperlichen Belastung. Ebenso hat sich bei den Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern eine Angst bezüglich der Verletzungsgefahr, die bei der Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten besteht, entwickelt (Shea & Gagnon 2015, Robstad et al. 2018).

Auch in der Studie von Shea und Gagnon (2017) wurde von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern berichtet, die sich bei der Versorgung von adipösen Intensivpatientin bzw. dem Intensivpatienten mit zahlreichen Fragen und vielen Unbekannten konfrontiert fühlten. Es wurden abfällige Kommentare und Witze genannt, die bei Überforderung bzw. in Stresssituation beim Pflegepersonal zum Vorschein kamen (Shea & Gagnon 2017). Auch in der bestehenden Literatur wird beschrieben, dass sich das fehlende Wissen und die Unsicherheit bezüglich des Umgangs mit der Patientinnen- und Patientengruppe oft durch

Stress beim Pflegepersonal äußert (Lohmer & Ulbrich 2013c). In der Studie von Winkelmann und Maloney (2005) wurde in diesem Zusammenhang die Konsultation der Advanced Practice Nurse (APN) genannt (Winkelmann & Maloney 2005). Die APN unterstützt die Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger bei den Herausforderungen, die bei der Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten entstand. Durch sie wurden pflegerische Interventionen sowie die Koordination des Ablaufes erleichtert (Winkelmann et al. 2009). Mit der APN könnte die Versorgung bezüglich des Equipments und der Auswahl, welches Equipment für welche Patientin bzw. welchen Patienten passend wäre, verbessert werden. Ebenso sollte sie ein Wissen über alle möglichen Ausführungen von Hilfsmittel, sowie die Verfügbarkeit, besitzen. Dies wäre vor allem sinnvoll, um den bestehenden Herausforderungen entgegenwirken zu können und die Pflegequalität von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu verbessern. Dadurch könnte der Unsicherheit von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern entgegengewirkt werden. Eine weitere Möglichkeit für die Ausräumung von Unsicherheiten wäre der Einsatz von Dummie-Puppen (Ruth Lee 2020).

In Großbritannien werden bereits seit mehr als zehn Jahren Dummie-Puppen, die anatomisch korrekt gewichtet sind mit 90kg, 180kg und 240kg, an Feuerwehr- und Rettungseinheiten verschickt. Diese können damit den Ablauf, die Koordination und die Versorgung von adipösen Menschen bzw. Patientinnen und Patienten üben (Ruth Lee 2020). Der Einsatz von jenen Puppen wäre auch für das Demonstrieren von Pflegehandlungen durchaus denkbar. Dadurch könnten einerseits Unsicherheiten beim Pflegepersonal ausgeräumt und andererseits die pflegerische Versorgung von adipösen Menschen geübt werden.

Ein weiteres, bestehendes Problem liegt in der Beschreibung von adipösen Patientinnen und Patienten. In den Studien von Hales et al. (2016/2017) wurde die Terminologie, welche zur Beschreibung von adipösen Patientinnen und Patienten herangezogen wurde, untersucht. Die Studien konnten nachweisen, dass es keine einheitliche Beschreibung von Adipositas gab und die Wörter fett und adipös ungern verwendet wurden, da sie von der Patientin bzw. dem Patienten als diskriminierend wahrgenommen werden konnten (Hales et al. 2016/2017). Auch in der bestehenden Literatur werden die Wörter adipöse Patientin bzw. adipöser Patient, Patientin bzw. Patient mit Adipositas, fett, adipös und krankhaft fettleibig als die am diskriminierensten Wortlaute aufgefasst. Hingegen aber gelten Gewichtsproblem, ungesundes Gewicht sowie hoher BMI als die am positivsten aufgefassten Beschreibungen von Adipositas. Dennoch steht jede gewichtsbezogene Terminologie bis zu einem gewissen

Grad mit der Stigmatisierung in Verbindung. Deswegen wäre es sinnvoll, die Patientin bzw. den Patienten dazu zu befragen, welche Terminologie sie bevorzugen (ACOG Committee Opinion 2019). Daraus könnte eine flächendeckende Bezeichnung für Adipositas resultieren, wodurch sich Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger wohler im Umgang mit adipösen Patientinnen und Patienten fühlen würden.

Daraus lässt sich ebenfalls ableiten, dass der Umgang mit adipösen Patientinnen und Patienten ein gewisses Maß an Einfühlungsvermögen erfordert. Besonders auf der Intensivstation ist dieses von Nöten, da sich die Patientinnen und Patienten zusätzlich zu ihrer Grunderkrankung in einer kritischen Situation befinden.

In den Studien von Winkelmann und Maloney (2005) und Shea und Gagnon (2017) wurden die Herausforderung bezüglich Untersuchungsverfahren und invasiven Methoden beschrieben (Winkelmann & Maloney 2005, Shea & Gagnon 2017). Diese werden auch in der bestehenden Literatur als Problem bezeichnet. Durch Adipositas sind Untersuchungen wie z.B. die transthorakale Echokardiographie ungenau und erschwert durchführbar. Ein weiteres Problem ist die hämodynamische Überwachung. Bei instabilen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten hat die hämodynamische Überwachung eine entscheidende Bedeutung, die jedoch bei Adipositas ungenau sein kann (Schetz et al. 2019). Daraus resultiert eine Fehlinterpretation der Werte, wodurch wiederum die Patientinnen- und Patientensicherheit gefährdet ist.

Obwohl die Bariatric Nurse in keiner der inkludierten Studien erwähnt wurde, kann sie einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von adipösen Menschen leisten. Die Hauptaufgaben der bariatrischen Pflegerin bzw. des Pflegers liegen in der Begleitung von adipösen Patientinnen und Patienten ab der ersten Überweisung, über die bariatrische Operation bis hin zur Entlassung. Ebenso ist sie zentraler Kommunikationspartner und veranlasst multidisziplinäre Überweisungen, falls diese nötig sind (EMAP 2019). Durch den Einsatz einer Pflegeperson, die eine Weiterbildung zu Adipositas absolvierte, konnte das Outcome von adipösen Patientinnen und Patienten verbessert werden (Berger et al. 2005). Die Etablierung der Bariatric Nurse ging hauptsächlich in den USA vorstatten. In den Vereinigten Staaten von Amerika besteht bereits ein anerkanntes Zertifizierungsprogramm, wo der Tätigkeitsbereich der bariatrischen Pflegerin bzw. des Pflegers abgesteckt ist. In Großbritannien gibt es keine Definition der bariatrischen Pflegerin bzw. des Pflegers (EMAP

2019) wie es auch in Österreich bzw. im deutschsprachigen Raum, bis jetzt noch keine Aufzeichnungen der bariatrischen Pflegerin bzw. des Pflegers gibt.

Vergleichend zur Bariatric Nurse kann das Aufgabengebiet der Breast Care Nurse genannt werden. Die Breast Care Nurse ist eine Pflegerin bzw. ein Pfleger, die/der sich auf die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs spezialisiert hat. Ab der Diagnosestellung werden Patientinnen und Patienten von der Breast Care Nurse in der gesamten Zeit der Behandlung beraten. Sie unterstützt sie in allen medizinischen, pflegerischen als auch persönlichen Belangen, die in Verbindung mit der Krankheit stehen (Breast Care Nurses 2020). Die Effizienz der Breast Care Nurse konnte bereits in verschiedenen Studien nachgewiesen werden. Zum einen hat sie erhebliche Auswirkungen auf die Patientinnen- und Patientensituation und zum anderen auf das Gesundheitssystem (Mahony et al. 2018).

Das Konzept der Breast Care Nurse wäre für Adipositas und die bariatrische Chirurgie ebenso denkbar sowie auch erstrebenswert. Die Österreichische Adipositas Gesellschaft bietet eine Adipositasakademie an. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege können diesen absolvieren und danach Adipositastrainerin bzw. Adipositastrainer werden (Österreichische Adipositas Gesellschaft 2020). Dennoch wird in Österreich keine Ausbildung für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, die die Tätigkeitsbereiche im Sinne der Bariatric Nurse umfasst, angeboten.

Vor allem weil die Prävalenz von Adipositas stets steigend ist, ist zu erwarten, dass die Prozentzahl von adipösen Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation weiterhin ansteigen wird und somit die Wahrscheinlichkeit, dass adipöse Patientinnen und Patienten, sowohl im Kontext einer bariatrischen Operation als auch ohne, immer häufiger auf Intensivstationen betreut werden müssen (Kischkel 2013).

4.1 Stärken und Limitationen der Arbeit

Da die Literatursuche im Zeitraum von Oktober – November 2019 durchgeführt wurde und etwaige Studien, die danach publiziert wurden, nicht inkludiert werden konnten, kann dies als Limitation betrachtet werden. Des Weiteren wurden nur Studien inkludiert, die auf deutscher und englischer Sprache publiziert wurden, wodurch ein großer Teil an Ländern, welche Studien auf einer anderen Sprache publizierten, außer Acht gelassen wurden. Eine weitere Schwäche dieser Bachelorarbeit liegt einerseits in der Literatursichtung und andererseits in der Bewertung der Studien, welche nur von einer Person, der Autorin der

Arbeit, durchgeführt wurde. Dies erhöht die Chance nicht alle Studien als relevant erachtet zu haben.

Außerdem wurde an allen inkludierten Studien ein Bewertungsbogen, der MMAT (Hong et al. 2018), angewendet. Somit wurde jede Studie einzeln einer Bewertung unterzogen, wodurch die Qualität jeder Studie bemessen wurde. Da die inkludierten Studien auf Englisch publiziert wurden, konnte ein internationaler Vergleich zwischen Kanada, Neuseeland und Norwegen gezogen werden.

4.2 Empfehlung für die Pflegepraxis

Aufgrund dessen, dass Adipositas eine komplexe Krankheit ist und das Akutkrankenhaus immer häufiger damit konfrontiert wird, ist es unerlässlich das Pflegepersonal hinsichtlich der Versorgung und des Umgangs mit adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu schulen. Für Pflegerinnen und Pfleger auf allen Stationen und in jedem Fachbereich könnten umfangreiche Fortbildungen mit einem Praxis- und Theorieteil angeboten werden. Für den Praxisteil könnte eine adipöse Puppe für die Mobilisation, Lagerung, Körperpflege und Reanimation verwendet werden. Der Theorieteil würde sich auf die besonderen Bedürfnisse einer adipösen Patientin bzw. eines Patienten, die Stigmatisierung, die Kommunikation und das Krankheitsbild beziehen. Daraus würde ein verbessertes Verständnis von den Auswirkungen, die für den Einzelnen bestehen sowie ein verbesserter Umgang und Kommunikation mit adipösen Patientinnen und Patienten resultieren.

Jedoch bis eine flächendeckende Fortbildung durchgeführt werden kann, könnten Leitlinien und standard operating procedures (SOP) in den Klinikalltag mit einfließen. Dadurch kann der Umgang mit adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten bis zu einem gewissen Grad vorgegeben werden und auch die Pflegequalität bei adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten gewährleistet werden

Des Weiteren soll vermehrt die Thematik Adipositas und die bestehenden Auswirkungen für das Pflegepersonal in der Grundausbildung, eventuell im Ergonomieunterricht, Fuß fassen. Ebenso soll die Ausbildung zur Bariatric Nurse in Österreich aufgebaut werden, sowie sie in weiterer Folge ihren Einsatz in der Pflegepraxis haben soll.

4.3 Empfehlung für die Pflegeforschung

Wie es sich aus der Literaturrecherche ableiten lässt, besteht ein geringer Bestandteil an Forschung, die sich mit den Herausforderungen bei der Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auseinandersetzt.

Eine Empfehlung wäre es, vermehrt Forschung auf die organisatorischen Probleme zu legen, wodurch die Pflegeabläufe und der Stationsalltag mit adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten reibungsloser ablaufen würden. Ebenso ist die Herstellung von Leitlinien, Standards und SOPs für die Versorgung essentiell.

Der Hauptteil der bestehenden Forschung gehört dem qualitativen Forschungsdesign an. Um besser vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, wäre es sinnvoll, neben der qualitativen Forschung auch vermehrt quantitative Forschungsansätze zu verwenden.

Ebenso sollte vermehrt hinsichtlich des Einsatzes von Equipment und Ressourcen geforscht werden. Hierbei soll hinterfragt werden, welches Equipment unerlässlich ist, welches die Gesundheit der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger schont sowie welche Strategie zum Bemessen vom passenden Equipment am treffendsten bezüglich Hautschädigungen ist. Ebenso wäre es hilfreich, wenn untersucht werden würde, wie viel Equipment für eine adipöse Patientin bzw. einen adipösen Patienten vorrätig sein soll.

Unter anderem ist die Rolle der Bariatric Nurse bis dato noch nicht wissenschaftlich belegt worden, weshalb dies eine weitere Empfehlung für die Forschung ist. Hierbei sollte auch unbedingt der Tätigkeitsbereich mit untersucht werden und dadurch abgesteckt werden.

5 Schlussfolgerung

Zusammenfassend bestehen einige Probleme bei der pflegerischen Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Die Hauptprobleme liegen einerseits bei der Einstellung vom Pflegepersonal der Adipositas gegenüber sowie in einer nicht anerkannten und stigmatisierungsfreien Bezeichnung von Adipositas. Hinzu kommt, dass die Gründe für die Unsicherheit im Umgang mit jener Patientinnen- und Patientengruppe in der Unwissenheit liegen. Dadurch werden Stresssituationen geschaffen, die wiederum die Stigmatisierung begünstigen. Dies bestärkt die Notwendigkeit in einer verbesserten Vermittlung der Thematik Adipositas.

Andererseits liegen die Probleme in der Organisation von Pflegeabläufen, der Verfügbarkeit von passendem Equipment und Ressourcen sowie die Koordination und Absprache im Team. Durch die genannten Faktoren wird die Gesundheit von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern beeinflusst.

Neben der Einführung von flächendeckenden Schulungen und Fortbildungen wäre zusätzlich ein praktischer Kurs mit einer adipösen Dummy-Puppe erstrebenswert. Ebenso wäre die Etablierung einer Nurse Practitioner für adipöse Patientinnen und Patienten auf der internen Intensivstation sowie Normalstationen und einer Bariatric Nurse für adipöse Patientinnen und Patienten im Kontext einer bariatrischen Operation von Nöten, wodurch einigen Problemen entgegengewirkt werden könnte. Diesbezüglich fehlt teilweise auch der pflegewissenschaftliche Hintergrund, der durch qualitative und insbesondere quantitativer Forschung aufgefüllt werden könnte. Des Weiteren sollte genügend und passendes Equipment für die Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten bereitgestellt werden.

Abschließend bestehen die genannten Probleme bereits seit einiger Zeit und durch die steigende Prävalenz von Adipositas ist es erstrebenswert die Empfehlungen umzusetzen, um der immer größer werdenden Problematik bestmöglich entgegenwirken zu können.

6 Literaturverzeichnis

ACOG Committee Opinion 2019, 'Ethical Considerations for the Care of Patients With Obesity', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 133. no. 1, pp. e90-e.96.

Benfield, A 2017, 'Adiposity: A Formidable Challenge in Acute and Critical Care', *Advanced Critical Care*, vol. 28, no. 3, pp. 251-253.

Berger, NK, Carr JJ, Erickson, J, Gourash ,WF, Muenzen, P, Smolenak, L, Tea, CG, Thomas, K & CBN Practice Analysis Writing Group 2010, 'Path to bariatric nurse certification: the practice analysis', *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 6, pp. 399–407.

Breast Care Nurses, 2020, Über uns, viewed 13.02.2020, <https://www.breastcarenurses.at/bcn/ueber-uns.html>.

Dette, F & Graf, J 2012, Adipositasmanagement: Organisation, Ausstattung, Regelungen, in Lewandowski, K., Bein, T. (Hrsg.), *Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

EMAP, 2019, 'Why we need to define nurses' role in bariatric patient care', *Nursing Times (online)*, vol. 115, no. 6, pp. 35-36.

Großschädl, F & Stronegger, WJ 2019, 'Long-term trends (1973–14) for obesity and educational inequalities among Austrian adults: men in the fast lane', *The European Journal of Public Health*, vol. 29, no. 4, pp. 790–796.

Hainer, V & Aldhoon-Hainerova, I 2013, 'Obesity Paradox Does Exist', *Diabetes Care*, vol. 36, supplement 2, pp.276-281.

Hales, C, Vries, K & Coombs, M, 2017, 'The challenges in caring for morbidly obese patients in Intensive Care: A focused ethnographic study', *Australian Critical Care*, vol. 31, no.1, pp. 37-41.

Hales, C, Vries, K & Coombs, M 2016, 'Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 58, pp. 82-89.

Hauner, H, Bosy-Westphal, A & Müller, MJ 2013a, Definition – Klassifikation – Untersuchungsmethoden, in Hauner, H. & Wirth, A (Hrsg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, Springer, Berlin.

Hauner, H, Wirth, A, Gola, U, Teufel, M, Zipfel, S, de Zwaan, M, Hüttl, TP, Kramer, KM & Winckler, K 2013b, Management-Strategie-Schulung, in Hauner, H. & Wirth, A. (Hrsg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, Springer, Berlin.

Hong, QN, Pluye, P, Fàbregues, S, Bartlett, G, Boardman, F, Cargo, M, Dagenais, P, Gagnon, M-P, Griffiths, F, Nicolau, B, O’Cathain, A, Rousseau, M-C & Vedel, I 2018, Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers, *Education for Information*, 34, pp. 285-291.

Kischkel, I 2013, Pflege von adipösen Patienten – die bariatrische Pflegekraft, viewed 03.12.2019, <http://docplayer.org/18539689-Pflege-von-adipoesen-patienten-die-bariatrische-pflegekraft.html>.

Klein, S, Krupka, S, Behrendt, S, Pulst, A & Bleß, HH 2016 a, 'Begleit- und Folgeerkrankungen sowie Mortalität', in Klein, S, Krupka, S, Behrendt, S, Pulst, A, Bleß, H.H., *Weißbuch Adipositas: Versorgungssituation in Deutschland*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Klein, S, Krupka, S, Behrendt, S, Pulst, A & Bleß, H.H. 2016 b, 'Definition, Diagnostik und Risikobestimmung', in Klein, S, Krupka, S, Behrendt, S, Pulst, A, Bleß, H.H., *Weißbuch Adipositas: Versorgungssituation in Deutschland*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Klein, S, Krupka, S, Behrendt, S, Pulst, A & Bleß, HH 2016 c, 'Ursachen und Risikofaktoren der Adipositas', in Klein, S, Krupka, S, Behrendt, S, Pulst, A, Bleß, H.H.,

Weißbuch Adipositas: *Versorgungssituation in Deutschland*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Klein, S, Krupka, S, Behrendt, S, Pulst, A & Bleß, HH 2016 d, 'Ziele der Adipositas therapie', in Klein, S, Krupka, S, Behrendt, S, Pulst, A, Bleß, HH, Weißbuch Adipositas: *Versorgungssituation in Deutschland*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Klein, S, Krupka, S, Behrendt, S, Pulst, A & Bleß, HH 2016 d, 'Zusammenfassung', in Klein, S, Krupka, S, Behrendt, S, Pulst, A, Bleß, HH, Weißbuch Adipositas: *Versorgungssituation in Deutschland*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Lohmer, E & Ulbrich, V 2013a, Begleit- und Folgeerkrankungen, in *Pflege und Betreuung adipöser Patienten*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Lohmer, E & Ulbrich, V 2013b, Einleitung, in *Pflege und Betreuung adipöser Patienten*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Lohmer, E & Ulbrich, V 2013c, Handlungsempfehlung für Pflegenden, in *Pflege und Betreuung adipöser Patienten*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Lohmer, E & Ulbrich, V 2013d, Prävention und Therapieansätze, in *Pflege und Betreuung adipöser Patienten*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Mahony, J, Masters, H, Townsend, J, Hagerty, F, Fodero, L, Scuteri, J & Doromal, D 2018, 'The Impact of Breast Care Nurses: An Evaluation of the McGrath Foundation's Breast Care Nurse Initiative', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, vol. 6, issue 1, pp. 28-34.

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J & Altman, DG 2009, 'Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement', *PLoS Medicine*, vol. 6, no. 7, p. e1000097, doi:10.1371/journal.pmed.1000097.

Newton, C, Moffatt-Bruce, SD, Kaewprag, P & Lenz, ER 2014 'Body Mass Index and Pressure Ulcers: Improved Predictability of Pressure Ulcers in Intensive Care Patients', *American Journal of Critical Care*, vol. 23, no. 6, pp. 494 – 500.

Österreichische Adipositas Gesellschaft 2020, Adipositasakademie der ÖAG 2020, viewed 13.02.2020, <https://www.adipositas-austria.org/adipositasakademie.html>.

Polit, DF & Beck, CT 2017, 'Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice', in *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Wolters Kluwer, Philadelphia.

Robstad, N, Soöderhamn U & Fegran L 2018 'Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 27, pp. 386–395.

Robstad, N, Westergren, T, Siebler, F, Söderhamn, U & Fegran, L 2019, 'Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients', *John Wiley & Sons Ltd*, vol. 75, p.3631-3642.

Ruth Lee Ltd 2020, About us, viewed 20.02.2020, <https://www.ruthlee.co.uk/information/about>.

Schetz, M, De Jong, A, Deane, AM, Druml, W, Hemelaar, P, Pelosi, P, Pickkers, P, Reintam-Blaser, A, Roberts, J, Sakr, Y & Jaber, S 2019, 'Obesity in the critically ill: a narrative review', *Intensive Care Med*, vol. 45, pp.757–769.

Shea, JM & Gagnon, M 2015, 'Working With Patients Living With Obesity in the Intensive Care Unit: A Study of Nurses' Experiences', *Advances in Nursing Science*, vol. 38, no. 3, pp. e17–e37.

Statistik Austria, 2015, 'Übergewicht und Adipositas', *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 - Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*, Wien.

Wirth, A 2012, ‚Ätiologie der Adipositas‘ in K. Lewandowski, T. Bein (Hrsg.), in *Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Wirth, A, Hauner, H, Roden, M, Parhofer, K, May, M, Engeli, S, Jordan, J, Schulz, R, Schneider, KTM, Grote, VA, Teucher, B & Kaaks, R 2013, ‚Komorbiditäten‘, in H Hauner & A Wirth (eds), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, Springer, Berlin.

Wirth, A 2013a, ‚Lebensqualität‘, in H Hauner & A Wirth (eds), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, Springer, Berlin.

Wirth, A 2013b, ‚Morbidity‘, in H Hauner & A Wirth (eds), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, Springer, Berlin.

Winkelmann, C & Maloney B 2005, ‚Obese ICU patients: resource utilization and outcomes‘, *Clinical Nursing Research*, vol. 14, nr.4, pp. 303-23.

Winkelman, C & Maloney, B, Kloos, J 2009, ‚The impact of obesity on critical care use and outcomes‘, *Critical Care Nurse*, vol. 21, nr.3, pp. 403-422.

World Health Organisation (WHO) 2019b, Body mass index – BMI, viewed 10.12.2019, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.

World Health Organization (WHO) 2018, Obesity and overweight, Facts about overweight and obesity, viewed 14.10.2019, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

World Health Organization (WHO) 2019a, Obesity, viewed 14.10.2019, http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/.

7 Anhang

7.1 Bewertungsbogen

| Category of study designs | Methodological quality criteria | Responses | | | |
|--|---|-----------|----|------------|----------|
| | | Yes | No | Can't tell | Comments |
| Screening questions (for all types) | S1. Are there clear research questions? | | | | |
| | S2. Do the collected data allow to address the research questions? | | | | |
| | <i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i> | | | | |
| 1. Qualitative | 1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question? | | | | |
| | 1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question? | | | | |
| | 1.3. Are the findings adequately derived from the data? | | | | |
| | 1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data? | | | | |
| | 1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? | | | | |
| 2. Quantitative randomized controlled trials | 2.1. Is randomization appropriately performed? | | | | |
| | 2.2. Are the groups comparable at baseline? | | | | |
| | 2.3. Are there complete outcome data? | | | | |
| | 2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided? | | | | |
| | 2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention? | | | | |
| 3. Quantitative non-randomized | 3.1. Are the participants representative of the target population? | | | | |
| | 3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)? | | | | |
| | 3.3. Are there complete outcome data? | | | | |
| | 3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis? | | | | |
| | 3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended? | | | | |
| 4. Quantitative descriptive | 4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question? | | | | |
| | 4.2. Is the sample representative of the target population? | | | | |
| | 4.3. Are the measurements appropriate? | | | | |
| | 4.4. Is the risk of nonresponse bias low? | | | | |
| | 4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question? | | | | |
| 5. Mixed methods | 5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question? | | | | |
| | 5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question? | | | | |
| | 5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted? | | | | |
| | 5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed? | | | | |
| | 5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved? | | | | |

Abbildung 2: Bewertungsbogen Mixed Methods Appraisal Tool (Hong et al. 2018)

7.2 Bewertung der inkludierten Studien

Tabelle 6: Bewertung der Studie mit dem Bewertungsbogen MMAT (Hong et al. 2018)

| Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography | | | | | |
|---|---|-----|----|------------|---|
| Category of study designs | Methodological quality criteria | Yes | No | Can't tell | Comments |
| 1. Qualitative | Are there clear research questions? | | | X | Es wurde das Forschungsziel klar beschrieben und die Forschungsfrage konnte klar aus dem Ziel abgeleitet werden, dennoch wurde sie nicht explizit in der Studie als Frage genannt. |
| | Do the collected data allow to address the research questions? | X | | | Die gesammelten Daten konnten die Forschungsfrage definitiv beantworten |
| | Is the qualitative approach appropriate to answer the research question? | X | | | Dadurch, dass eine bestimmte Gruppe untersucht wurde, passte die Methode zur Forschungsfrage. |
| | Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question? | X | | | Die Forscherinnen und Forscher beobachteten jene befragte Gruppe über einen längeren Zeitraum und führten Interviews durch. Somit passte die Erhebungsmethode zur Forschungsfrage. |
| | Are the findings adequately derived from the data? | X | | | Die gesammelten Daten wurden in drei Schritten analysiert, wodurch sie Schritt für Schritt ausgewertet werden konnten. |
| | Is the interpretation of the results sufficiently substantiated by data? | X | | | In den Ergebnissen wurden fortlaufend Zitate von der Befragten bzw. dem Befragten ergänzend zum geschriebenen Text mit eingearbeitet. Dies unterstrich und unterstützte die gewonnenen Daten. |
| | Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? | X | | | In der gesamten Studie und somit in den genannten Abschnitten wurde fortlaufend das Thema behandelt, worum es geht. |

| The challenges in caring for morbidly obese patients in Intensive Care: A focused ethnographic study | | | | | |
|--|--|-----|----|------------|--|
| Category of study design | Methological quality criteria | Yes | No | Can't tell | Comments |
| 1. Qualitative | Are there clear research questions? | | | X | Das Forschungsziel wurde klar beschrieben und dezidiert in der Studie genannt. Die Forschungsfrage ging klar aus dem Ziel heraus, obwohl sie nicht dezidiert in der Studie definiert wurde. |
| | Do the collected data allow to address the research questions? | X | | | Die Forschungsfrage konnte durch die gesammelten Daten beantwortet werden. |
| | Is the qualitative approach appropriate to answer the research question? | X | | | Der Forschungsansatz lag hier in einer fokussierten ethnographischen qualitativen Forschung. Nachdem eine bestimmte Ethnie untersucht wurde passte das Forschungsdesign zur Forschungsfrage. |
| | Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question? | X | | | Es wurden Interviews und Beobachtungen durchgeführt, die zur Datenerhebungsmethode des qualitativen Designs zählen. |
| | Are the findings adequately derived from the data? | X | | | Die Analyse der Daten wurde in drei Schritten durchgeführt, in denen die konstante Vergleichstechnik angewendet wurde. |
| | Is the interpretation of the results sufficiently substantiated by data? | X | | | Im Ergebnisteil der Studie wurden die gewonnen Erkenntnisse ausführlich dargestellt. Des Weiteren wurden die Ergebnisse mit Zitaten der befragten Intensivkrankenpflegern und Intensivkrankenpflegerinnen versehen, wodurch die Ergebnisse untermauert wurden. |
| | Is there coherences between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? | X | | | Ja, alle Schritte ergänzen sich. |

| Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study | | | | | |
|--|--|-----|----|------------|---|
| Category of study design | Methodological quality criteria | Yes | No | Can't tell | Comments |
| 1. Qualitative | Are there clear research questions? | | | X | Bei dieser Studie wurde das Ziel explizit genannt, jedoch nicht die Forschungsfrage. Dennoch ging die Forschungsfrage aus dem Forschungsziel hervor. |
| | Do the collected data allow to address the research questions? | X | | | Die Forschungsfrage konnte mit den gefundenen Ergebnissen beantwortet werden. |
| | Is the qualitative approach appropriate to answer the research question? | X | | | Da die Problematik als soziales Phänomen gesehen werden kann, passte das Studiendesign zur Forschungsfrage. |
| | Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question? | X | | | Bei dieser Studie wurden semi-strukturierte Interviews durchgeführt, weshalb die Datenerhebungsmethode zum Forschungsdesign passte. |
| | Are the findings adequately derived from the data? | X | | | Die transkribierten Daten wurden ins Datenmanagement-Software NVivo 11 System importiert und danach in vier Schritten analysiert. Zuerst wurden alle Interviews gelesen, damit der gesamte Text verstanden werden konnte. Danach wurden Sätze und Abschnitte nach Bedeutung kategorisiert sowie die Bedeutung der Sätze und Abschnitte auf die Bedeutung des gesamten Textes bezogen wurde. Im letzten Schritt wurden Passagen identifiziert, die für das gemeinsame Verständnis von Forscherinnen und Forschern und Teilnehmerinnen und Teilnehmern repräsentativ waren. |
| | Is the interpretation of the results sufficiently substantiated by data? | X | | | Auch in dieser Studie wurden die Ergebnisse mit Zitaten aus den Interviews versehen. Des Weiteren wurden die Ergebnisse mit bestehender Literatur in der Diskussion diskutiert. Unter anderem mit der |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| | | | | | Studie von Shea und Gagnon (2015), die auch in diese Arbeit inkludiert wurde. |
| | Is there coherences between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? | X | | | Es bestand eine klare Verbindung zwischen den genannten Punkten. |

| Working With Patients Living With Obesity in the Intensive Care Unit - A Study of Nurses' Experiences | | | | | |
|--|--|-----|----|------------|---|
| Category of study design | Methological quality criteria | Yes | No | Can't tell | Comments |
| 1. Qualitative | Are there clear research questions? | | X | | In der Einleitung wurde der Hintergrund, die Relevanz der Thematik sowie die Forschungslücke gut beschrieben. Dennoch wurden das Ziel und die Forschungsfrage nur angeschnitten und nicht dezidiert beschrieben oder genannt. |
| | Do the collected data allow to address the research questions? | X | | | Die Forschungsfrage konnte mit den herausgefundenen Ergebnissen definitiv beantwortet werden. |
| | Is the qualitative approach appropriate to answer the research question? | X | | | Das Ziel der Studie konnte gut mit einem qualitativen Forschungsdesign erreicht werden. Diese Studie hatte das generische qualitative Forschungsdesign, was den Anforderungen der Frage entsprach. |
| | Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question? | X | | | Die Daten wurden mittels Interviews erhoben. Da das Design ein qualitatives Design war, passt die Methode zum Design. |
| | Are the findings adequately derived from the data? | X | | | In dieser Studie wurde das Canales'13-Framework verwendet, um den Interviewleitfaden zu entwickeln, die Daten zu analysieren und die Ergebnisse zu interpretieren. Es wurde auch verwendet, um die Implikationen der Studie zu diskutieren, einschließlich der theoretischen Implikationen der Ergebnisse. Des Weiteren wurde die thematische |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | | | | Analyse verwendet, um die Daten zu analysieren. Die 17 Kriterien von Tracy wurden während der gesamten Studie verwendet, um sicherzustellen, dass die Genauigkeit erreicht wurde. Schließlich wurden die analytische Linse und die erkenntnistheoretische Position des Forschers zu Beginn der Studie explizit dargelegt und konsequent während der gesamten Studie angewendet. Somit konnten die Ergebnisse richtig aus den gewonnenen Daten abgeleitet werden. |
| | Is the interpretation of the results sufficiently substantiated by data? | X | | | Die Ergebnisse wurden in vier große Gruppen zusammengefasst. Sie wurden sehr genau beschrieben und fortlaufend wurden Zitate von den Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern genannt. |
| | Is there coherences between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? | X | | | Es zog sich durch die gesamte Studie ein roter Faden und somit kann die Frage mit ja beantwortet werden. |

| Obese ICU Patients – Resource Utilization and Outcomes | | | | | |
|---|--|-----|----|------------|---|
| Category of study design | Methodological quality criteria | Yes | No | Can't tell | Comments |
| 1. Qualitative | Are there clear research questions? | | | X | Bei dieser Studie wurde das Ziel klar beschrieben, jedoch die Forschungsfrage nicht explizit genannt. Die Forschungsfrage konnte aber aus dem Ziel abgeleitet werden. |
| | Do the collected data allow to address the research questions? | X | | | Durch die gesammelten Daten konnte jedenfalls die Forschungsfrage beantwortet werden. |
| | Is the qualitative approach appropriate to answer the research question? | X | | | Diese Studie lag einer prospektive, deskriptive Querschnitterhebung zugrunde. Somit war es eine Beobachtungsstudie, in der die Daten mittels |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| | | | | | Beobachtungen, Interviews und der Durchsicht der Daten erhoben wurden und dem qualitativen Design angehörten. |
| | Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question? | X | | | Da die Daten mittels Beobachtungen, Interviews und der Durchsicht von Daten erhoben wurden, kann die Frage mit ja beantwortet werden. |
| | Are the findings adequately derived from the data? | X | | | Das Datenerfassungstool wurde von Mitgliedern des Forschungsteams erstellt. Vorab wurde es auf zwei Intensivstationen auf die Gültigkeit geprüft. Das Datenerfassungstool bestand aus drei Teilen: Demografie, Ressourcennutzung und Ergebnisse. Des Weiteren wurden für die Datensammlung der Charlson Weight Index, die Braden Skala sowie eine Checkliste für die Ressourcennutzung verwendet. Die gewonnenen Daten wurden in der beschreibenden Statistik zusammengefasst. Des Weiteren wurde die Ergebnisse mit der Pearson-Berechnung analysiert. |
| | Is the interpretation of the results sufficiently substantiated by data? | X | | | Im gesamten Ergebnisteil der Studie floss die statistische Auswertung der Ergebnisse mit ein und untermauert diese. |
| | Is there coherences between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? | X | | | Es bestand eine klare Verbindung zwischen allen Teilen der Studie. |

| Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----|----|------------|---|
| Category of study design | Methological quality criteria | Yes | No | Can't tell | Comments |
| 4. Quantitative descriptive | Are there clear research questions? | X | | | Es wurden drei Forschungsfragen genannt: <ul style="list-style-type: none"> Haben qualifizierte Intensivpfleger implizite Präferenzen für dünne Menschen gegenüber dicken? |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Berichten qualifizierte Intensivpfleger über explizite Einstellungen und Stereotype, die dünne Menschen gegenüber dicken bevorzugen? • Werden die impliziten und expliziten Einstellungen qualifizierter Intensivpfleger mit Verhaltensintentionen in Verbindung gebracht? |
| Do the collected data allow to address the research questions? | X | | | Durch die gesammelten Daten konnten alle Forschungsfragen beantwortet werden. |
| Is the sample strategy relevant to address the research question? | X | | | Durch die ausgewählte Strategie konnte die Anzahl der Probandinnen und Probanden am einfachsten erreicht werden. |
| Is the sample representative of the target population? | X | | | Ja. Insgesamt nahmen an der Studie 159 Intensivkrankenpflegerinnen und Intensivkrankenpfleger teil. Da die Studie auf eine sehr spezifische Gruppe von Probandinnen und Probanden aufgebaut war, ist es passend. |
| Are the measurements appropriate? | X | | | Es wurden verschiedene Skalen zur Befragung herangezogen. Das von Greenwald und Kollegen entwickelte IAT wurde verwendet, um die Stärken von Assoziationen zu messen, die außerhalb der bewussten Kontrolle oder des Bewusstseins für ein bestimmtes Konzept liegen, z.B. dünn oder dick. |
| Is the risk of nonresponse bias low? | X | | | Da die Forscher öfter die Probandinnen und Probanden mittels Emails und Benachrichtigungen daran erinnerten, sowie die Teilnehmer einen Gutschein erhielten, ist das Risiko gering. |
| Is the statistical analysis appropriate to answer the research question? | X | | | Die Daten wurden mittels dem Statistikprogramm SPSS analysiert. Des Weiteren wurden Chi-Quadrat-Tests und Varianz-t-Tests an beiden befragten Gruppen (online Gruppe und Facebookgruppe) durchgeführt und im Anschluss verglichen. Danach wurden die Daten mit dem |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | Mittelwert, für jede Einstellung, Stereotype und Absichtsmaß extra dargestellt. Des Weiteren wurde die lineare Regressionsanalyse berechnet und somit kann die Frage mit ja beantwortet werden. |
|--|--|--|--|--|---|