

Frauen mit Myokardinfarkt - Pflegerische Interventionen zur emotionalen Bewältigung

Eine Literaturübersicht

Autorinnen: Simone Pessach-Bamert und Sandra Peter

Referentin: Yvonne Walker, MNS

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Schweiz

Bachelor of Science Pflege, Berufsbegleitender Studiengang, 2012

Zusammenfassung erstellt am 23. März 2015



Einleitung

Die Zahl der Hospitalisierungen mit Diagnose Myokardinfarkt (MI) erhöhte sich in der Schweiz im Zeitraum 2002 bis 2010 um 40%. Diese Zunahme ist bei Frauen besonders ab dem 65. Lebensjahr festzustellen (Altwegg et al., 2012). Bei Frauen tritt der MI grundsätzlich in höherem Alter auf als bei Männern. Die Differenz beträgt im Schnitt vier bis acht Jahre (Grande, 2008). Der MI bedeutet durch die akute Lebensbedrohung eine enorme emotionale Belastung. Dessen emotionale Verarbeitung ist bei Frauen geprägt durch Angst, Unsicherheit, physische und psychische Verlusterlebnisse, Wut, Frustration und Trauer, Schuldgefühle und Überforderung, aber auch durch das Gefühl von Einschränkung und Abhängigkeit (Stevens & Thomas, 2012; Hildingh, Fridlund, & Lidell, 2007). Ein Informationsmangel bezüglich der Rekonvaleszenzzeit kann zu einer zusätzlichen Verunsicherung führen (Stewart, Abbey, Shnek, Irvine, & Grace, 2004). Rehabilitative Massnahmen werden von Frauen signifikant seltener in Anspruch genommen. Wenn sie dennoch teilnahmen, fehlten sie häufiger oder brachen die Rehabilitation ab (Büchner, Kleiber, Stanske, & Herrmann-Lingen, 2005).

Nebst der Tatsache, dass auch heute noch mehrheitlich Frauen die Hauptverantwortung für den Haushalt und die Betreuung der Kinder haben (Bundesamt für Statistik, 2014), sollten bei der Betrachtung des Krankheitsgeschehens von Frauen mit MI auch weitere genderspezifische Aspekte miteinbezogen werden. Die genderspezifische Forschung wurde gemäss Grande (2008) erst Ende des 20. Jahrhunderts intensiviert und zeigte diverse Unterschiede in den Auswirkungen von Therapien und Interventionen auf. So ergab die Auswertung der kanadischen M-HART-Studie, dass die Interventionen, welche speziell für ängstliche Männer nach MI entwickelt wurden, bei Frauen angewandt zu einer Erhöhung der Mortalität führten (Frasure-Smith et al., 1997). Auch bezüglich der sozioemotionalen Risikofaktoren wurden durch die Forschung genderspezifische Unterschiede erkannt. So korreliert bei Frauen Stress im Privatleben stärker mit MI als bei Männern (Büchner et al., 2005; Boese & Herrmann-Lingen, 2013). Grande (2008) hält fest, dass bis heute Wissensdefizite betreffend Frauen und MI bestehen. Gemäss Herrmann-Lingen, Albus und Titscher (2014, S.101) hat die unterschiedliche geschlechtsspezifische Sozialisierung diverse Auswirkungen auf Erlebens- und Verhaltensmuster. Frauen schildern die Symptome wie auch ihre psychosoziale Belastung emotional ausgeprägter und mit einem grösseren Wortschatz als Männer (Seeland, Eifert, & Regitz-Zagrosek, 2012). Die Symptome eines MI sind bei Frauen, besonders vor der Menopause oft atypisch und werden eher als Druckgefühl in der Brust ohne wesentlichen Schmerz empfunden. Hingegen sind Begleitsymptome wie Nausea und Erbrechen typisch. Im Gegensatz zu Männern persistieren ihre Symptome oft auch in Ruhe. Nitroglycerin bringt häufig keine Besserung (Seeland et al., 2012). Frauen haben ein physiologisch anderes Stressreaktionsmuster als Männer, sie erleben stressauslösende Ereignisse unterschiedlich und reagieren darauf physiologisch anders. Frauen reagieren eher mit einem Herzfrequenz- als mit einem Blutdruckanstieg (Büchner et al., 2005). Der Serotoninspiegel ist bei Frauen niedriger als bei Männern. Das Risiko, nach einem MI an einer Depression zu erkranken, ist für Frauen doppelt so hoch wie für Männer (Siegrist, 2001).

Frauen bewältigen einen MI weniger erfolgreich als Männer. Sie haben eine deutlich eingeschränktere Lebensqualität mit häufigeren psychosomatischen Symptomen, höherer Ängstlichkeit, höherer Depressivität und häufigeren Schlafstörungen (Büchner et al., 2005). Die vitale Erschöpfung vor dem MI scheint bei Frauen mit KHK ein Indikator für eine schlechtere Prognose zu sein (Alsén, Brink, & Persson, 2008).

Der MI kommt einer psychischen Traumatisierung gleich. Er wird auch als "ego infarction" bezeichnet, da er nicht nur das Myokard verletzt, sondern Auswirkungen auf die gesamte Person hat (Herrmann-Lingen et al., 2014, S. 103). In der Akutphase zeigen Betroffene häufig eine Verleugnungsneigung, um sich vor einer Überflutung mit Todesangst zu schützen. Dieser adaptive Abwehrmechanismus schützt vor einer weiteren Myokardschädigung. Bei der Verarbeitung der Traumatisierung gilt es, eine weitere Destabilisierung oder eine depressiv-ängstliche



Anpassungsstörung zu verhindern. Ziel ist die Förderung von günstigen Coping-Strategien und die Auflösung der ungünstigen. Für eine längerfristig adaptive Krankheitsbewältigung bedarf es einerseits einer "Neubalancierung der vitalen Interessen", wie auch einer "Revision der Selbst- und Beziehungsschemata". Hierfür bedarf es unter anderem auch einer Trauerarbeit (Herrmann-Lingen et al., 2014, S.56). Für eine funktionale Stressreaktion ohne schädigende Auswirkungen benötigen Betroffene Bewältigungsressourcen, d. h. Aktivitäten, welche mit Erfolgs-, Kontroll- und Belohnungserfahrungen verbunden sind. Ein stabiler und dichter sozioemotionaler Rückhalt hilft zudem, Belastungen und Krisen besser zu bewältigen (Siegrist, 2001).

Aufgrund der geschilderten Sachlage möchten die Autorinnen mit dieser Arbeit folgende Forschungsfrage beantworten:

Welche pflegerischen Interventionen unterstützen Frauen bei der emotionalen Bewältigung des MI?

Methode

Die Autorinnen führten eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO und PubMed/Medline durch. Die Studien wurden aufgrund zuvor festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt. Es resultierten 13 eingeschlossene Studien: zwei systematische Reviews, acht quantitative, zwei qualitative Studien und eine mit Mixed-methods-Design.

Ergebnisse

Die eingeschlossenen Studien wurden in folgende sechs Kategorien zusammengeführt: Gruppenberatung, Kombination von Gruppen- und Einzelberatung, Einzelberatung, Hausbesuche, Follow-Up-Anrufe, Musik.

Die systematische Review von Whalley et al. (2011) beinhaltet Studien mit den Interventionen Gruppenberatung, Einzelberatung, kombinierter Gruppen- und Einzelberatung und Hausbesuche. Es resultierte eine signifikante Verbesserung der Depressions- und Angstwerte. Die Effektstärke der Interventionen auf Depressionswerte wurde erhöht, wenn die Interventionen auf die Veränderung des Typ-A-¹Verhaltens abzielten.

Mit Ausnahme der in der systematischen Review von Whalley et al. (2011) untersuchten Gruppenberatungen fanden alle in *frauenspezifischen* Gruppen statt. In der Studie von Orth-Gomér (2012) resultierte eine signifikante Abnahme der Angstwerte und des Typ-A- und Typ-D²-Verhaltens sowie nichtsignifikante Verbesserungen der Depressionswerte und des Sense of Coherence. Die Mixed-methods-Studie von Davidson et al. (2008) ergab kein signifikantes Ergebnis. Die qualitativen Daten zeigten jedoch den Nutzen von Unterstützung und von unterstützender Schulung auf. Die Betroffenen erklärten, dass sie in der Frauengruppe in einer anderen Art über kardiale Themen sprechen konnten als mit Angehörigen oder ihren Freunden. Bowers und Buchanan (2007) extrahierten mit ihrem qualitativen Design auch Aussagen über die Auswirkungen der Gruppentherapie. Die Frauen nannten die Teilnahme "heilend", "therapeutisch", "selbstbestätigend", "bestätigend" und "empathisch". Als dominantes Thema der Therapien zeigten sich physische und emotionale Verlusterlebnisse, wie z. B. Rollenverlust.

Beckie, Beckstead, Schocken, Evans und Fletcher (2011) und Bohn, Wright und Moules (2000) untersuchten Gruppen- und Einzelberatung in *Kombination*. Bei Beckie et al. (2011) fand die Gruppenberatung genderspezifisch statt. Die Studie weist eine signifikante Abnahme von

¹ Typ-A-Persönlichkeit zeichnet sich durch Ungeduld und Ruhelosigkeit, Ehrgeiz, Wettbewerbsstreben, Ärger und Feindseligkeit aus (Wirtz & Strohmeyer, 2013).

² Typ-D-Persönlichkeit, auch *distressed personality type*, ist durch die Kombination negativer Affektivität und sozialer Hemmung charakterisiert (Wirtz & Strohmeyer, 2013).



depressiven Symptomen nach. Die Einzelfallstudie von Bohn et al. (2000) erwähnt höheres Selbstwertgefühl und verbesserten Gemütszustand.

Hausbesuche wurden bei den Studien von Cossette, Frasure-Smith und Lesperance (2001 und 2002) und Varvaro (2000) untersucht. Cossette et al. (2002) wies signifikante Stressreduktion hauptsächlich durch Zuhören und Bestätigen/Ermutigen nach. Varvaro (2000) zeigte eine signifikante Verbesserung im Wiedererlangen von Entscheidungen über Haushaltsarbeiten auf.

Die Studien von Carroll und Rankin (2005), Gallagher, McKinley und Dracup (2003) und Mittag et al. (2006) untersuchten die Wirkung von *Follow-Up-Anrufen*. Keine der Studien konnte eine interventionsbedingte Signifikanz nachweisen.

Die systematische Review von Bradt, Dileo und Potvin (2013) wiesen durch *Musikinterventionen* eine signifikante Stress- und Angstreduktion nach, v.a., wenn die Betroffenen die Musik selbst auswählen konnten.

Schlussfolgerungen

Gruppentherapien oder *Einzeltherapien*, respektive ihre Kombination wirken in der Bewältigung unterstützend, indem sie Stress, Angst, Depression, Typ-A- und Typ-D-Verhalten reduzieren können. Im Akutsetting sehen die Autorinnen bei entsprechender Indikation die Initiierung eines psychiatrischen Konsils sowie die Empfehlung zur Gruppentherapie, resp. zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen als umsetzbare Intervention. Dabei sollte die spezielle Unterstützung von frauenspezifischen Gruppen thematisiert werden.

Die Autorinnen empfehlen die Implementierung der methodischen Ansätze der erwähnten Therapien in die *Kommunikation*, wie die Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick und das Transtheoretische Modell nach Prochaska und Di Clemente (Beckie et al., 2011). Diese Kommunikationstechniken sollten u.a. zur Zielvereinbarung benutzt werden. Entsprechende Schulungen der Pflegefachpersonen sollten vom Betrieb gefördert werden.

Gespräche sind heilsam, fördern das Selbstbewusstsein und die Selbstwahrnehmung. Bestätigen und Ermutigen sowie ehrliches Loben sollten bewusst in die Kommunikation eingeflochten werden. Unterstützend wirkt auch das Ansprechen von spirituellen Fragen oder die Vermittlung zu einem Gespräch mit dem Spitalseelsorger. Ängste sollen subtil, das heisst unter Berücksichtigung einer allfälligen Verleugnungsneigung und mit Betonung der erhaltenen Leistungsfähigkeit angesprochen werden. Die Notwendigkeit des Trauerns zur Verarbeitung des Krankheitsgeschehens hilft bei der Bewältigung des MI.

Grosses Augenmerk sollte auf ein umfassendes *Informationsmanagement* gelegt werden. Das Aufzeigen von Zusammenhängen fördert ein zusätzliches Verständnis. Gespräche zur Informationsvermittlung sollen gezielt in den Pflegeprozess eingeplant werden. Dabei ist die partielle Anwesenheit der Angehörigen miteinzuplanen, da diese u. a. von einer allfälligen Rollenveränderung tangiert sind.

Weiter empfehlen die Autorinnen Interventionen, welche die *Selbstwahrnehmung* und die *Selbsterkenntnis* fördern. Die Ermutigung zum Erkennen und Setzen von Grenzen ist als stressreduzierende Intervention zu empfehlen. Ressourcenerkennung und -förderung, sowie die Ermutigung zur Annahme von externen Ressourcen sind bewältigungsfördernd.

Zur Stressreduktion ist das Erlernen von kognitiven und *entspannenden Techniken* empfehlenswert. Musik hören, v. a. unter Berücksichtigung individueller Wünsche, ist eine im Akutsetting gut umsetzbare Intervention. Stressreduzierend wirkt auch die bewusste Angehörigenpflege.



Die *Bezugspflege* ist die bevorzugte Pflegeorganisation, um die Gestaltung einer vertrauensvollen Pflegebeziehung zu fördern. Die Pflegebeziehung sollte geprägt sein von Empathie gegenüber der Person und ihren Erzählungen sowie von Genderbewusstsein. Eine kollaborative, nicht hierarchische Gestaltung auf gleicher Augenhöhe stellt die Grundlage der Beziehung dar.

Die Einrichtung einer ambulanten *MI-Pflegesprechstunde*, welche regelmässige Follow-Up-Gespräche übernehmen kann, ist ebenfalls zu fördern. Sie kann bei allfälligen Problemen als niederschwelliges Unterstützungsangebot individuelle Unterstützung anbieten.

Literaturverzeichnis

- Alsén, P., Brink, E., & Persson, L. O. (2008). Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 459-468. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04776.x
- Altwegg, D., Andreani, T., Berrut, S., Gazareth, P., Hüttner, E., Kaeser, M., . . . Lindner, M. (2012). *Gesundheitsstatistik 2012*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Beckie, T. M., Beckstead, J. W., Schocken, D. D., Evans, M. E., & Fletcher, G. F. (2011). The effects of a tailored cardiac rehabilitation program on depressive symptoms in women: A randomized clinical trial. *International journal of nursing studies*, 48(1), 3-12.
- Bohn, U., Wright, L. M., & Moules, N. J. (2003). A family systems nursing interview following a myocardial infarction: the power of commendations. *Journal of Family Nursing*, 9(2), 151-165.
- Boese, A., & Herrmann-Lingen, C. (2013). Der feine Unterschied – Genderspezifische Aspekte psychosozialer Risikofaktoren und Interventionen bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. *Clinical Research in Cardiology Supplements*, 8(1), 46-51.
- Bowers, M. J., & Buchanan, M. J. (2007). A group-based program of emotional recovery for younger women following myocardial infarction. *Canadian Journal of Counselling*, 41(2), 77-90.
- Bradt, J., Dileo, C., & Potvin, N. (2013). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, Cd006577. doi: 10.1002/14651858.CD006577.pub3
- Büchner, B., Kleiber, C., Stanske, B., & Herrmann-Lingen, C. (2005). Stress und Herzkrankheit bei Frauen. *Herz*, 30(5), 416-428.
- Bundesamt für Statistik (2014). Hauptverantwortung für Hausarbeiten. *Gleichstellung von Frau und Mann - Daten, Indikatoren*. Abgerufen 14.07. 2014
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/05/blank/key/Vereinbarkeit/02.html>
- Carroll, D. L., & Rankin, S. H. (2006). Comparing interventions in older unpartnered adults after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 83-89.
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., & Lesperance, F. (2001). Clinical implications of a reduction in psychological distress on cardiac prognosis in patients participating in a psychosocial intervention program. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 257-266.



- Cossette, S., Frasure-Smith, N., & Lesperance, F. (2002). Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction. *International Journal of Nursing Studies*, 39(5), 479-494.
- Davidson, P., Digiacomio, M., Zecchin, R., Clarke, M., Paul, G., Lamb, K., . . . Daly, J. (2008). A cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of women with heart disease. *Journal of Women's Health*, 17(1), 123-134. doi: 10.1089/jwh.2007.0386
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Prince, R. H., Verrier, P., Garber, R. A., Juneau, M., . . . Bourassa, M. G. (1997). Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *The Lancet*, 350(9076), 473-479.
- Gallagher, R., McKinley, S., & Dracup, K. (2003). Effects of a telephone counseling intervention on psychosocial adjustment in women following a cardiac event. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 32(2), 79-87.
- Grande, G. (2008). Genderspezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation nach Herzinfarkt. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51(1), 36-45.
- Herrmann-Lingen, C., Albus, C., & Titscher, G. H. (2014). *Psychokardiologie* (2. überarbeitete und aktualisierte Auflage ed.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. (2007). Women's experiences of recovery after myocardial infarction: a meta-synthesis. *Heart Lung*, 36(6), 410-417. doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.02.008
- Mittag, O., China, C., Hoberg, E., Juers, E., Kolenda, K.-D., Richardt, G., . . . Raspe, H. (2006). Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up trial): overall and gender-specific effects. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(4), 295-302.
- Orth-Gomér, K. (2012). Behavioral interventions for coronary heart disease patients. *BioPsychoSocial medicine*, 6(5), 1-7.
- Seeland, U., Eifert, S., & Regitz-Zagrosek, V. (2012). Genderaspekte bei koronarer Herzerkrankung. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, 3, 150-159.
- Siegrist, J. (2001). Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf der koronaren Herzerkrankung. *Herz*, 26(5), 316-325.
- Stevens, S., & Thomas, S. P. (2012). Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health Care for Women International*, 33(12), 1096-1113. doi: 10.1080/07399332.2012.684815
- Stewart, D. E., Abbey, S. E., Shnek, Z. M., Irvine, J., & Grace, S. L. (2004). Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosomatic Medicine*, 66(1), 42-48.
- Varvaro, F. F. (2000). Family role and work adaptation in MI women. *Clinical Nursing Research*, 9(3), 339-351.
- Whalley, B., Rees, K., Davies, P., Bennett, P., Ebrahim, S., Liu, Z., . . . Taylor, R. S. (2011). Psychological interventions for coronary heart disease (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi: 10.1002/14651858.CD002902.pub3
- Wirtz, M. A., & Strohmer, J. (2013). *Dorsch: Lexikon der Psychologie*. Abgerufen 14.07.2014 von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/typ-a-typ-b-persoenlichkeit/>

