

Frauen mit Myokardinfarkt - Pflegerische Interventionen zur emotionalen Bewältigung

Eine Literaturübersicht

Bachelor-Thesis

Korrigierte Fassung vom Februar 2015

Simone Pessach-Bamert

11-644-614

Sandra Peter

12-569-240

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Pflege, Berufsbegleitender Studiengang, 2012

Referentin

Yvonne Walker, MNS

Bern, 15.8.2014

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	4
1 Einleitung	5
2 Ziel und Fragestellung	7
3 Theoretischer Bezugsrahmen	8
3.1 Definitionen Myokardinfarkt, Emotion und Bewältigung	8
3.2 Erläuterungen zum Myokardinfarkt	8
3.3 Genderspezifische Aspekte in Bezug auf Myokardinfarkt	10
3.4 Myokardinfarkt: Emotionen, Bewältigung und Ressourcen	13
3.5 Salutogenese	15
4 Methode	19
4.1 Ausweitung der Suche	20
4.2 Handsuche	21
4.3 Suchresultate	22
5 Ergebnisse	23
5.1 Tabellarische Übersicht	23
5.2 Synthese der Ergebnisse	39
5.2.1 Gruppenberatung	42
5.2.2 Gruppenberatung kombiniert mit Einzelberatung	46
5.2.3 Einzelberatung	48
5.2.4 Hausbesuche	48
5.2.5 Follow-Up-Anrufe	51
5.2.6 Musik	53
6 Diskussion	54
6.1 Wichtige Gesprächsthemen	59
6.2 Interventionen im Kontext der Salutogenese	62
6.3 Stärken und Schwächen dieser Arbeit	64
6.4 Beantwortung der Fragestellung	65
7 Schlussfolgerungen	66
7.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis	66
7.2 Empfehlungen für die Forschung	67
8 Literaturverzeichnis	69
9 Tabellenverzeichnis	74
10 Abkürzungsverzeichnis	76
11 Anhang	78
11.1 Anhang 1: Typ-A- und D-Persönlichkeit	78

	Typ-A-Persönlichkeit	78
	Typ-D-Persönlichkeit	78
11.2	Anhang 2: Evidenzstufen nach Polit und Beck	80
11.3	Anhang 3: Angaben zur M-HART-Studie (1997), Frasure-Smith et al.	81
11.4	Anhang 4: Detaillierte Beschreibung der angewendeten Interventionen der Studien von Cossette et al. (2002)	85
11.5	Anhang 5: Selbständigkeitserklärung	86

ABSTRACT

Einleitung

Myokardinfarkt bedeutet eine akute Lebensbedrohung und hat emotional weitreichende Auswirkungen. Frauen äusserten Angst und Verunsicherung als prägendste Gefühle, welche auch die MI-Verarbeitung über längere Zeit beeinflusste. Die Frauen litten aber auch unter physischen und psychischen Verlusterlebnissen, Überforderung und Informationsdefiziten. Dabei hatten genderspezifische Aspekte diverse Auswirkungen auf Erlebens- und Verhaltensmuster. Ziel dieser Arbeit war, Interventionen aus der Literatur zu extrahieren, welche die betroffenen Frauen bei der emotionalen Bewältigung unterstützen.

Methode

In einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken Cochrane Library, CINAHL, PsychINFO und PubMed/Medline wurde nach relevanten Studien gesucht. Es ergaben sich zwei systematische Reviews, acht quantitative, zwei qualitative Studien und eine mit einem Mixed-methods-Design.

Ergebnisse

Frauenspezifische Gruppentherapien, Einzeltherapien kombiniert mit Gruppenberatungen; loben, zuhören, bestätigen und ermutigen; wissensvermittelnde Interventionen und solche, welche die Selbstwahrnehmung und die Selbsterfahrung unterstützen sowie Musikhören führten zu signifikanten positiven Auswirkungen. Diese Interventionen führten zur Reduktion von Stress, Angst, depressiven Symptomen, Typ-A- und D-Verhalten und förderten das Wiederlangen von Entscheidungen im Haushalt.

Schlussfolgerungen

In der Pflegepraxis sollte die Gender- und Angehörigenpflege bei der Betreuung von infarkt betroffenen Frauen im Fokus sein. Die Beziehung soll nichthierarchisch, unterstützend und empathisch gestaltet werden. Das pflegerische Gespräch hat eine zentrale Bedeutung, um wichtige psychosoziale Informationen sowie interne und externe Ressourcen erfassen zu können. Loben, Bestätigen und Ermutigen sollten als wichtige Elemente in der Kommunikation enthalten sein. Die Narration sollte gefördert werden. Ein umfassendes Informationsmanagement ist grundlegend. Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung können durch Gespräch und Beratung gefördert werden.

Schlüsselbegriffe: myocardial infarction, women, emotion, intervention

1 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). Sie sind bei Eintritt älter und in einem schlechteren Gesundheitszustand. Ihre Behandlung ist seltener so intensiv wie bei Männern (Radovanovic et al., 2007). 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. Das prägnanteste Gefühl ist Angst verbunden mit Unsicherheit. Angst dominiert nicht nur kurzfristig, sondern teilweise über Jahre, nicht nur tagsüber, sondern vor allem bei alleinstehenden Frauen auch nachts (Stevens & Thomas, 2012; Hildingh, Fridlund, & Lidell, 2007). Der Informationsmangel führte zusätzlich zu einer Verunsicherung (Stewart, Abbey, Shnek, Irvine, & Grace, 2004). Betroffene äusserten auch Verwirrung, wenn sie mit divergierenden Informationen konfrontiert waren (Gregory, Bostock, & Backett-Milburn, 2006). Der MI beeinträchtigte die Lebensqualität der Betroffenen erheblich und erschwerte die Erreichung ihrer Lebensziele (Mierzynska, Kowalska, Stepnowska, & Piotrowicz, 2010). Die emotionale Verarbeitung wurde geprägt durch physische und psychische Verlusterlebnisse, Wut, Frustration und Trauer, Schuldgefühle und Überforderung, aber auch durch das Gefühl von Einschränkung und Abhängigkeit. Frauen fokussierten auch auf Ressourcen, welche sie in der Bewältigung des Infarkterlebnisses unterstützten (Stevens & Thomas, 2012; Hildingh et al., 2007). Sie erkannten nach dem MI neue Aspekte, welche ihnen zuvor nicht in dieser Art bewusst waren. Das Familienleben, Freunde und ihre eigene Gesundheit gewannen an Bedeutung. Sie dachten über Dinge nach, welche ihnen in ihrem Leben bedeutsam waren (Kristofferzon, Lofmark, & Carlsson, 2008).

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 MI bei Frauen auch weitere genderspezifische Aspekte miteinbezogen werden. Frauen zeigen im Allgemeinen einen anderen Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Bei Auftreten von Symptomen nehmen sie durchschnittlich später ärztliche Hilfe in Anspruch als Männer. Dies bedeutet für die Diagnostik eine relevante Verzögerung (Seeland, Eifert, & Regitz-Zagrosek, 2012). Die Entscheidung zur Anforderung von medizinischer Hilfestellung wird am ehesten von anwesenden Bezugspersonen getroffen (Grande, 2008). Im Gegensatz zu den Männern geschieht die Einweisung in ein stationäres Setting bei Frauen häufiger notfallmässig (Seeland et al., 2012).

Genderspezifische Forschung bezüglich Diagnostik und Therapie des MI bei Frauen wurde gemäss Grande (2008) erst Ende des 20. Jahrhunderts aufgrund einer Kritik von Bernadette Healy, einer amerikanischen Kardiologin, intensiviert. Dies führte zu einer Sensibilisierung, welche als Konsequenz diverse Unterschiede in den Auswirkungen von Therapien und Interventionen aufzeigte. So ergab die Auswertung der kanadischen M-HART-Studie auf, dass die Interventionen, welche speziell für ängstliche Männer nach MI entwickelt wurden, bei Frauen angewandt zu einer beinahe signifikanten Erhöhung der Mortalität führten (Frasure-Smith et al., 1997). Gemäss Grande (2008) bestehen bis heute Wissensdefizite betreffend Frauen und MI.

Gemäss Herrmann-Lingen, Albus und Titscher (2014) hat die unterschiedliche geschlechtsspezifische Sozialisierung Auswirkung auf Erlebens- und Verhaltensmuster. Frauen schildern die Symptome wie auch ihre psychosoziale Belastung emotional ausgeprägter und mit einem grösseren Wortschatz als Männer (Seeland et al., 2012). Sie äussern sich häufiger über Angst und depressive Symptome. Frauen verfügen durchschnittlich über effektivere Bewältigungsfähigkeiten, in dem sie emotionale Entlastung suchen oder Hilfe in Anspruch nehmen (Herrmann-Lingen et al., 2014). Die unterschiedliche soziale Rollenverteilung mit der Hauptverantwortung für die Gesundheit der Familienangehörigen beeinflusst auch die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und das Genesungsverhalten (Grande & Romppel, 2011). Die Familie als sozialer Kontext stellt auch Anforderungen, denen die Frauen genügen müssen. Sie führen zu bewussten oder unbewussten Ansprüchen an sich selber (Bergman & Berterö, 2001). Der MI kann das System einer Familie in ihrer Funktion und Dynamik beeinträchtigen. Die Frauen, wie auch ihre Familienmitglieder müssen sich mit anstehenden Veränderungen auseinandersetzen (Van Horn, Fleury, & Moore, 2002).

Gender Care ist ein relativ junges Forschungsgebiet und befasst sich mit genderspezifischen Unterschieden und den daraus resultierenden Verhaltensweisen im Spitalsetting. Ziel von Gender Care ist es, relevante genderspezifische Handlungsaspekte für die Pflege zu erfassen und sie in die Entscheidungs- und Interventionsprozesse zu integrieren. Die Fokussierung der genderspezifischen Unterschiede bezieht sich nicht nur auf die zu betreuenden Patientinnen und Patienten. Pflegende sollten sich bewusst sein, dass diese Faktoren auch ihr eigenes Denken und Fühlen beeinflussen und somit verhaltensbestimmend sind. Die Auseinandersetzung mit Gender Care im Pflegealltag bedarf gemäss Nigl-Heim (2004) einer grösseren Gewichtung (Nigl-Heim, 2004).

Die Autorinnen dieser Arbeit sind auf einer kardiologischen bzw. kardiologischen und herzchirurgischen Abteilung im Akutsetting tätig. Sie sind in ihrem Arbeitsalltag häufig

mit Frauen konfrontiert, welche einen akuten MI erlitten haben. Die betroffenen Frauen zeigen während ihrem kurzen Aufenthalt verschiedene Emotionen. Ihre Überwältigung durch das Infarktereignis wurde erkennbar, wie auch die Betroffenheit ihrer Angehörigen. Aus der ganzheitlich-salutogenetischen Perspektive nahmen die Autorinnen jedoch auch Widerstandsressourcen wahr, welche den Patientinnen zur Verfügung standen und sie unterstützten.

Die langfristigen Auswirkungen der emotionalen Belastung der Frauen durch den MI sind den Autorinnen weniger bekannt. Dies war für die Autorinnen der Grund, sich mit dieser Thematik vertieft zu befassen.

2 ZIEL UND FRAGESTELLUNG

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, Interventionen aufzuzeigen, welche von MI betroffene Frauen in der emotionalen Bewältigung unterstützen. Die Interventionen sollen aus salutogenetischer Sicht durch Reduktion des Spannungszustandes die Entstehung von Stress verhindern und dazu beitragen, dass sich die Frauen wieder in Richtung des positiven Pols auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zubewegen. Ein weiteres Ziel der Autorinnen ist es, ihr Repertoire an pflegerischen Interventionen literaturgestützt zu erweitern. Zusammen mit der Berücksichtigung der Patientinnensicht und der eigenen Berufserfahrung kann den Forderungen des KVGs Artikel 32. nach evidenzbasierten Pflegeinterventionen entsprochen werden (Bundesgesetz über die Krankenversicherung; SR 832.10, 1994). So verbessern sie durch erhöhte Sensibilität für dieses Thema und pro-aktives Anbieten von evidenzbasierten Interventionen ihre Pflegequalität.

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

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

3 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

3.1 Definitionen Myokardinfarkt, Emotion und Bewältigung

Die World Heart Federation definierte 2012 in einer globalen Taskforce den akuten MI als akute Myokardischämie, welche zur Nekrose der Myokardzellen führt. Dazu muss das ischämische Ereignis von einem der folgenden Kriterien begleitet sein: Anhaltende Angina-pectoris (AP)-Beschwerden, infarktspezifische EKG-Veränderungen, und Serum-Enzym-Veränderungen (Thygesen et al., 2012).

Der Begriff "Emotion" wird von Galliker (2009, S. 16) folgendermassen definiert:

Emotion ist die umfassende Bezeichnung für den inneren Aspekt des Erlebens. Es handelt sich um eine seelische Erregung (auch Gemütsregung genannt), die aber nicht unbedingt bewusst zur Kenntnis genommen wird. Im Unterschied zur Emotion ist das *Gefühl* immer eine bewusste seelische Regung.

Aguilera und Müller (2000) unterscheiden Bewältigung (coping) von Anpassung (adaptation), Abwehr (defense) und Meisterung (mastery). Sie beziehen sich unter anderem auf Lazarus, der Bewältigung als mehrere bewusste oder unbewusste Strategien definierte, um mit ihnen einer Bedrohung der psychischen Integrität zu begegnen. Aguilera und Müller (2000) führen auch Colemanns Definition von Bewältigung an. Dieser nennt als Ziel ebenfalls die psychische Integrität. Um sie zu erreichen erfolgt eine Anpassungsreaktion, die je nach der Stärke der Ich-Beteiligung auf Angriff, Flucht oder Kompromiss beruht.

3.2 Erläuterungen zum Myokardinfarkt

Der MI zählt zu den unmittelbar lebensbedrohlichen koronaren Herzkrankheiten. Innerhalb des ersten Monats nach Infarktereignis liegt die Mortalität bei 50%, die meisten Infarkt Betroffenen sterben noch vor dem Eintreffen im Spital. Der MI wird dem Krankheitsbild des Akuten Koronaren Syndroms (ACS) zugeordnet. Grund dieser Myokardischämie sind in den meisten Fällen arteriosklerotische Veränderungen, sogenannte Plaques der Koronararterien, welche obstruktiv den Blutfluss behindern. Eine arteriosklerotische Plaqueruptur führt zum ACS mit oder ohne MI. Das Ausmass des MI variiert von einem leichten koronaren Ereignis, über einen lebensbedrohlichen Zustand bis hin zum plötzlichen Tod. Patientinnen und Patienten, die einen MI überleben, sind vulnerabel für weitere akute kardiale Ereignisse (Mendis et al., 2011).

Nebst den klassischen Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen wie Alter, Hypertonie mit erhöhten systolischen Werten, erhöhte Blutfettwerte, Zigarettenkonsum,

Diabetes Mellitus oder der familiären Belastung (Greten, Rinninger, & Greten, 2010), hat die epidemiologische Forschung in verschiedenen Wissensgebieten weitere psychosoziale Risikofaktoren und Einflüsse eruiert. Sie führten zu einem erweiterten Verständnis der koronaren Herzkrankheit (KHK) und zur Erkenntnis, die KHK als biopsychosoziales Krankheitsmodell zu betrachten. Dem individuellen Gefährdungspotenzial durch psychosoziale Faktoren wird quantitativ eine ähnliche Bedeutsamkeit zugeschrieben, wie dem Risiko durch Bewegungsmangel oder Rauchen (Siegrist, 2001).

Akute Stressreaktionen aufgrund Bedrohungen oder Herausforderungen lösen eine Aktivierung der zentralnervösen Stressachsen aus. Für den Organismus schwerwiegend sind die Auswirkungen von lang andauernden und intensiven Stressereignissen, welche nicht bewältigt werden können (Siegrist, 2001).

In umfangreichen wissenschaftlichen Untersuchungen wurden psychosoziale Konstrukte identifiziert, welche zu chronifizierter sozioemotionaler Distresserfahrung führten. Sie werden mit einem erhöhten kardiovaskulären Erkrankungsrisiko assoziiert. Gemäss Siegrist (2001) sind zynische, feindselige Lebenshaltungen, wie auch eine chronische Ärgerdisposition eigenständige Prädiktoren für MI, AP-Anfälle, sowie die progressive Koronararteriosklerose. Zudem gibt es Hinweise, dass die Blutgerinnung wie auch die Blutviskosität bei Menschen mit hohen Feindseligkeiten erhöht ist. Dies ist ein Hinweis auf "neuroendokrin modulierte pathophysiologische Prozesse der Thromboseneigung, an welchen das katecholaminerge, sowie das serotonerge System massgeblich beteiligt sind" (Siegrist, 2001). Menschen mit hoher Neigung zu Ärger, als Konzept eng verwandt mit Feindseligkeit, haben ein dreifach erhöhtes Risiko, innerhalb einem Zeitraum von viereinhalb Jahren an einer koronaren Krankheit zu erkranken oder daran zu sterben. (Siegrist, 2001). Ein Teilaspekt der Auswirkungen von feindseliger Wesensart ist die Tatsache, dass Feindseligkeit für intime Beziehungen eine Belastung bedeutet und sich Menschen mit feindseligen Wesenszügen selbst in eine soziale Isolation begeben (Siegrist, 2001). Soziale Isolation sowie mangelnde soziale Unterstützung gelten als weitere Risikofaktoren. Sie erhöhen die Inzidenz KHK und beeinflussen den weiteren Krankheitsverlauf ungünstig (Herrmann-Lingen, 2008). Die übertriebene Leistungsfixierung („Overcommitment“), welche auf dem ausgeprägten Bedürfnis nach Geltung und Kontrolle beruht, gilt ebenfalls als Risiko erhöhender Faktor. Menschen mit der Bereitschaft sich zu verausgaben, überschätzen ihre Leistungsmöglichkeiten und unterschätzen oft die Anforderungen, welche an sie gestellt werden. Sie begeben sich durch diese permanente Überforderung langfristig in eine Erschöpfungskrise (Siegrist, 2001). Die vitale Erschöpfung geht häufig einem MI

voraus (Herrmann-Lingen, 2008). Sie unterscheidet sich von der Depression durch Fehlen von Schuldgefühlen, Gefühlen eigener Wertlosigkeit und einem kaum erhöhten Suizidrisiko. Die vitale Erschöpfung ist nicht nur bei der Abschätzung letaler und nicht letaler koronarer Ereignissen prädiktiv, sondern übt auch einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nach MI aus. Häufig überlappen sich nach einem MI die Symptome von ausgeprägter Müdigkeit und Depression. Gemäss Alsén, Brink und Persson (2008) ist diese Müdigkeit aber auch bei Patientinnen und Patienten üblich, welche nicht als depressiv erachtet werden. Sie hat Auswirkungen auf die physischen, kognitiven und emotionalen Fähigkeiten der Person. Seit den 60er Jahren ist das Verhaltensmuster, welches von Depressivität, Antriebslosigkeit und Gefühle der Hoffnungslosigkeit geprägt ist, als weiterer psychologischer Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit bekannt. Besonders die starke Hoffnungslosigkeit ist prädiktiv bedeutsam. Bei Depressionen ist sozioemotionaler Rückhalt entscheidend. Fehlt er, so haben Patienten mit KHK eine stark erhöhte Mortalität (Siegrist, 2001).

3.3 Genderspezifische Aspekte in Bezug auf Myokardinfarkt

Das Forschungsgebiet der Gendermedizin beschäftigt sich nicht nur mit den biologischen, sondern auch mit den soziokulturellen Unterschieden zwischen Frau und Mann. Es werden zudem die Auswirkungen dieser Unterschiede auf ein Krankheitsgeschehen erforscht (Seeland et al., 2012).

Das weibliche Geschlecht mit dem spezifischen Hormonstatus hat verschiedene Auswirkungen auf die Physiologie und die Risiken bezogen auf KHK. Östrogene haben einen positiven Einfluss auf die Gefässstruktur und Gefässfunktion. Sie bewirken eine Verbesserung des Endothelzellwachstums und haben eine hemmende Wirkung auf das Wachstum von glatten Gefässmuskelzellen. Zudem wurde in klinischen Studien festgestellt, dass unter Östrogeneinfluss die Neigung der Gefässwand zu Arteriosklerose vermindert wurde (Seeland et al., 2012). Östrogene wirken vasodilatativ und haben einen hemmenden Einfluss auf das unter pathologischen Umständen aktivierte Renin-Angiotensin-Aldosteron-System. Dieses birgt in sich die Gefahr einer Myokardhypertrophie, einer Reduktion der myokardialen Pumpleistung, Arteriosklerose und KHK. Östrogene haben auch eine direkte Wirkung auf das Fettgewebe und beeinflussen die Nahrungsaufnahme und den Energieverbrauch. Das Fettverteilungsmuster bei Frauen ist gluteal-femoral betont. Es geht mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Krankheiten und Diabetes mellitus einher (Seeland et al., 2012).

Frauen haben ein physiologisch anderes Stressreaktionsmuster als Männer, sie erleben Stress auslösende Ereignisse unterschiedlich und reagieren darauf auch physiologisch auf andere Art und Weise. Bei Frauen zeigt sich weniger eine Erhöhung des peripheren Widerstandes und des Blutdruckes, als ausgeprägtere Auswirkungen auf den Sinus- und AV-Knoten. Dies führt zu einem stärkeren Herzfrequenzanstieg (Büchner, Kleiber, Stanske, & Herrmann-Lingen, 2005). Der Serotoninspiegel ist bei Frauen niedriger als bei Männern. Weltweite, epidemiologische Studien zeigten auf, dass Frauen doppelt so häufig an einer schweren Depression erkranken als Männer. Häufig sind Depressionen bei Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen. Das Risiko, nach einem MI an einer Depression zu erkranken, ist für Frauen doppelt so hoch wie für Männer (Siegrist, 2001). Die Symptome des ACS respektive MI können sich bei Frauen und Männern unterschiedlich zeigen. Besonders bei Frauen vor der Menopause sind sie oft atypisch und werden eher als Druckgefühl in der Brust ohne wesentlichen Schmerz empfunden. Schmerzen verspüren Frauen häufiger im kraniofazialen Bereich, im Rücken oder im Oberbauch. Frauentypisch sind Begleitsymptome wie Nausea und Erbrechen. Im Gegensatz zu den Männern persistieren die Symptome oft auch in Ruhe. Auf die Vorzeichen eines MI, wie ungewöhnliche Müdigkeit oder eine ausgeprägte Leistungseinschränkung, sollte bei Frauen speziell geachtet werden (Seeland, Eifert, & Regitz-Zagrosek, 2012).

Nebst diesen biologischen Aspekten werden aber auch genderspezifische Unterschiede in der medizinischen Therapie von akuten kardialen Ereignissen und den vorbestehenden Risikofaktoren festgestellt. Seeland (2012) bemerkt, dass medikamentöse Therapien bei KHK vorwiegend aufgrund von Forschungen bei Männern entwickelt wurden. Auch wenn in den Studien Frauen miteinbezogen waren, so wurden die Daten nicht geschlechtsspezifisch differenziert. Die Folge davon ist, dass bei Frauen medikamentöse Nebenwirkungen eineinhalbfach häufiger auftreten als bei Männern und/oder kein Nutzensnachweis erwiesen ist. So zeigt sich unter anderem, dass Nitroglycerin bei Frauen oft keine Besserung der Symptome bewirkt und ACE-hemmende Therapien bei Frauen mehr Nebenwirkungen wie Reizhusten, Hypotonie und gastrointestinale Symptome hervorrufen als bei Männern. Eine unterschiedliche Reaktion kann auch bei der Therapie mit Antikoagulation, respektive Thrombozyten-Aggregations-Hemmern festgestellt werden. Frauen neigen häufiger zu Blutungskomplikationen. Ob dies auf biologische Ursachen zurückzuführen ist oder auf eine schlechtere Überwachung, ist noch nicht erforscht.

Auch bezüglich der sozioemotionalen Risikofaktoren erkannte die Forschung genderspezifische Unterschiede. Bei Frauen korreliert Stress im Privatleben stärker mit MI als

bei Männern. Frauen haben bei partnerschaftlichem Stress ein dreifach erhöhtes Risiko für eine neue kardiale Erkrankung (Büchner et al., 2005). Für Frauen bedeutet der Umstand, ihren Ärger über Partnerkonflikte nicht ausdrücken zu können, ein erhöhtes Risiko, an KHK zu versterben (Boese & Herrmann-Lingen, 2013). Büchner et al. (2005) vermutet, dass hauptsächlich Frauen aus unteren sozialen Schichten durch die Interaktion von Arbeits-, Partner-, und Haushaltsbelastung erhöhten Stressoren unterliegen. Das soziale Umfeld, genetische und personelle Prädispositionen, sowie ein höheres Frustrationserleben und vermehrter Ärger sollten nicht ausser Acht gelassen werden. Sie können zu einem veränderten Gesundheitsverhalten führen, welches das Risiko für KHK zusätzlich erhöht. Studien bekräftigen bei Frauen den Zusammenhang zwischen der Doppelbelastung von Arbeit und Haushalt und einem erhöhten KHK-Risiko (Büchner et al., 2005; Boese & Herrmann-Lingen, 2013). Frauen, unabhängig von ihrer beruflichen Position sind immer noch hauptverantwortlich für Haushaltsarbeiten und die Betreuung der Kinder (Bundesamt für Statistik, 2014). Es gibt eine positive Korrelation zwischen Arbeitsstress und Haushaltsstress. Managerinnen können, im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen am schlechtesten entspannen und bei ihnen lässt sich nach der Arbeit, sozusagen in der Freizeit, die höchste Adrenalinfreisetzung feststellen (Büchner et al., 2005).

Frauen, welche beruflich eine hohe Entscheidungsfreiheit innehaben, weisen ein ca. dreifach erhöhtes KHK-Risiko auf. Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen bei Männern. Begründet wird dies einerseits mit weiterhin bestehenden diskriminierenden Unterschieden am Arbeitsplatz. Aber auch mit dem Umstand, dass von Frauen eine hohe Anpassungsleistung gefordert wird, wenn sie in männerdominierten Berufen und in Positionen mit hoher Verantwortung arbeiten. Es bedarf einer Abwendung von der alten Tradition und somit der Entwicklung von neuen Werten, Einstellungen und Verhaltensweisen, um sich behaupten zu können. Dieser Prozess kann zu spezifischem Stress führen (Büchner et al., 2005).

Zwei Studien aus den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts stellten bei Frauen ohne ausserhäusliche Anstellung eine erhöhte Mortalität aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen fest. Als Ursachen werden die für MI signifikanten Prädiktoren Anspannung, Ängstlichkeit, Einsamkeit während des Tages, Einschlafstörungen sowie die Gesundheit beeinträchtigende Hausarbeit und unregelmässige Ferien angesehen. Zudem wurde festgestellt, dass berufstätige Frauen tendenziell einen verminderten Nikotinabusus und signifikant tiefere Lipidwerte im Blut haben und sportlich aktiver sind als Hausfrauen (Büchner et al., 2005).

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

Rehabilitations-Massnahmen werden von Frauen signifikant seltener in Anspruch genommen. Ein Grund dafür war, dass sie von ihren Ärzten weniger dafür motiviert wurden. Wenn sie dennoch teilnahmen, so fehlten sie häufiger oder brachen die Rehabilitation ab (Büchner et al., 2005).

3.4 Myokardinfarkt: Emotionen, Bewältigung und Ressourcen

Der MI kommt einer psychischen Traumatisierung gleich. Der MI wurde auch als „ego infarction“ (Ich-Infarkt) bezeichnet, da er nicht nur das Myokard verletzt, sondern Auswirkungen auf die gesamte Person hat (Herrmann-Lingen et al., 2014). Ein Infarkt ereignis bedeutet eine Konfrontation mit multiplen Einschnitten ins bestehende Lebenskonzept. Die Begegnung mit Todesangst, der Verlust von körperlicher Integrität, von Wertschätzung, von sozialer und sexueller Potenz kann zu einer tiefgreifenden Verunsicherung führen. Eine ängstliche oder posttraumatische Symptomatik kann auftreten. Die entzündliche Aktivierung aufgrund eines Infarktgeschehens kann verantwortlich sein für depressionsähnliche Erschöpfungsgefühle. Einer Entwicklung Richtung Depression kann damit Vorschub geleistet (Herrmann-Lingen et al., 2014).

Die Verarbeitung der Traumatisierung ist sehr unterschiedlich und erfordert eine Auseinandersetzung mit den individuellen, bereits bekannten Verarbeitungsstrategien. Anpassungsstörungen mit kurzen oder längeren depressiven Reaktionen sind häufig zu beobachten. Die Prävalenz von Anpassungs- und Belastungsstörungen beträgt 20-25%. Verluste müssen in unterschiedlicher Intensität betrauert und Ängste bewältigt werden. Die medikamentöse Therapie mit den Aus- und Nebenwirkungen, sowie weitere allenfalls notwendige therapeutische Interventionen erfordern ebenfalls eine erhebliche Anpassungsleistung. Bis anhin gefestigte soziale und berufliche Rollen müssen revidiert und den Umständen angepasst werden. Viele MI-Betroffene neigen in der Akutphase zu einer ausgeprägten Verleugnungsneigung. Sie ist adaptiv ein notwendiger Abwehrmechanismus und verhindert die Überflutung mit Todesangst. Das Herz wird durch diese Verleugnungsneigung vor einer zusätzlichen Schädigung durch eine erneute Sympathikusaktivierung geschützt (Herrmann-Lingen et al., 2014). Weiss und Puntillo (2001) weisen bei infarkt betroffenen Menschen auf eine spezielle Vulnerabilität bezüglich Aktivierung des autonomen Nervensystems (ANS) hin.

Berührungen und komfortfördernde Massnahmen haben bedeutsame körperliche und emotionale Auswirkungen. Auf längere Sicht hin ist diese Verleugnungshaltung gemäss Herrmann-Lingen et al. (2014) jedoch äusserst maladaptiv und verhindert die Entwicklung eines positiven Gesundheitsverhaltens. Für eine längerfristig adaptive Krankheitsbewältigung bedarf es einerseits einer "Neubalancierung der vitalen Interessen", wie auch einer "Revision der Selbst- und Beziehungsschemata" (Herrmann-Lingen et al., 2014, S.56). Hierfür muss Trauerarbeit geleistet werden. Sie verläuft wie von Kübler-Ross charakterisiert in fünf Phasen. Schock (hohes Verleugnungsniveau), Revolte (Ärger, Aggressivität, Widerstand), Verhandeln (wechselhafte Adhärenz), Selbstvorwürfe (Überkritik, mögliche depressive Verstimmung) und Versöhnung (erfolgreiche Umstellung und hohe Adhärenz). Sie werden nicht chronologisch durchlaufen, sondern können übersprungen oder auch nicht beobachtet werden. Ein flexibler Umgang mit den Phasen erscheint Herrmann-Lingen et al. (2014) von grosser Wichtigkeit. Es gilt, eine weitere Destabilisierung oder eine depressiv-ängstliche Anpassungsstörung zu verhindern. Das heisst konkret, bei Verleugnung keine ängstigenden Aussagen machen, sondern ausdrückliche Anerkennung von möglichen Belastungen mit Betonung der erhaltenen Leistungsfähigkeit oder auch Aushalten von Aggressivität. Ziel ist die Förderung von günstigen Coping-Strategien und die Auflösung der ungünstigen (Herrmann-Lingen et al., 2014, S.56).

Stehen Menschen Bewältigungsressourcen, d. h. Aktivitäten, welche mit Erfolgs-, Kontroll- und Belohnungserfahrungen verbunden sind, und gegenregulierende Prozesse nach einem Stressereignis zur Verfügung, ist die Stressreaktion funktional und hinterlässt keine schädigenden Auswirkungen (Siegrist, 2001). Die Ressource "Innere Stärke" bedeutet gemäss Mendes, Roux und Ridosh (2010) "die Fähigkeit zu haben, in einem Entwicklungsprozess das "Ich" aufzubauen, welches in positiver Art und Weise durch herausfordernde Lebensereignisse führt" (S. 249). Als weitere Ressource gilt der sozioemotionale Rückhalt. Unter sozioemotionalem Rückhalt versteht Siegrist (2001) eine Qualität von sozialem Austausch, welcher im Allgemeinen als positiv oder belohnend erfahren wird. Bedingung dafür ist jedoch, dass das soziale Netzwerk eine gewisse Dichte und Stabilität an reziproken Beziehungen aufweist und diese auch erlebt werden können. Ein guter sozialer Rückhalt kann in schwierigen Lebenssituationen das Ausmass von Distress reduzieren. Menschen mit sozialem Rückhalt können Belastungen und Krisen besser bewältigen als solche, welche isoliert und ohne Erfahrung von befriedigenden Bindungen leben (Siegrist, 2001). Der Ehestand bietet gemäss einer älteren Studie aus dem Jahre 1983 während der Akutphase im Spital,

aber auch nach 10 Jahren eine signifikante Überlebensrate (Büchner et al., 2005). Zufriedenheit mit der Ehe bietet eine positive Korrelation mit der kognitiven Bewältigung eines MI (Herrmann-Lingen et al., 2014). Eine amerikanische deskriptive Korrelationsstudie von (Kamm-Steigelman, Kimble, Dunbar, Sowell, & Bairan, 2006) kam zur Erkenntnis, dass Familie, Freunde, sowie die kirchliche Gemeinschaft für Frauen im mittleren Alter (< 60 Jahren) nach dem MI eine Quelle von Stärke und Wohlbefinden sein konnten. Die Bedeutung von Religion korrelierte hauptsächlich bei den jüngeren Studienteilnehmerinnen (ST) signifikant mit Lebenszufriedenheit, nicht aber bei älteren ST.

3.5 Salutogenese

Aaron Antonovsky (1923-1994), Begründer der Salutogenese, wendet sich mit seiner Theorie grundlegend von der pathologischen Orientierung eines Krankheitsgeschehens ab. Der Kern seiner salutogenetischen Orientierung "ist die grundlegende philosophische Annahme, dass der menschliche Organismus sich prototypisch in einem dynamischen Zustand eines heterostatischen Ungleichgewichts befindet" (Antonovsky, 1997, S. 124), und "dass Heterostase, Altern und fortschreitende Entropie die Kerncharakteristika aller lebenden Organismen sind." (Antonovsky, 1997, S. 29). Antonovsky postuliert jedoch in Anerkennung der Sterblichkeit, dass solange ein Mensch lebt, er auch ein gewisses Mass an Gesundheit aufweist. Gesundheit und Krankheit sind ein multidimensionales Kontinuum. Die Salutogenese betrachtet die Position eines Menschen auf diesem Kontinuum. Dies beinhaltet eine Sicht auf den Menschen mit seinem Leiden in seiner gesamten Lebenssituation. Der salutogenetische Ansatz hinterfragt nicht, warum Menschen krank und in welche medizinische Diagnose sie kategorisiert werden. Er befasste sich mit der Frage, welche Ursprünge die Gesundheit des betroffenen kranken Menschen hat. Wie auch damit, weshalb sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums befinden oder sich in diese Richtung hinbewegen, unabhängig ihrer aktuellen Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Antonovsky beschreibt dies wie folgt:

"Der salutogenetische Ansatz gibt keine Gewähr für die Problemlösung der komplexen Kreisläufe im menschlichen Leben, aber selbst im schlechtesten Fall führt er zu einem tiefergehenden Verständnis und Wissen und damit zu einer Voraussetzung, sich dem gesunden Pol des Kontinuums nähern zu können." (Antonovsky, 1997, S. 24)

Antonovsky (1997) geht davon aus, dass Stressoren im menschlichen Leben allgegenwärtig sind. Sie sind von unterschiedlichem Charakter, "positiv oder negativ, kurz,

ständig, intermittierend oder dauerhaft, mehr oder minder objektiv kontrollierbar, von innen oder von aussen, idiosynkratisch, an soziale Rollen gebunden oder universal, frei gewählt oder aufgezwungen“ (S. 130). Er definiert Stress als "Herausforderung, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt“ (S. 43). Die Konfrontation mit Stressoren erzeugt einen Spannungszustand, mit dem es umzugehen gilt. Die Angemessenheit der Spannungsverarbeitung entscheidet darüber, ob ein Stressereignis zu einem pathologischen, neutralen oder gesunden Ergebnis führt. Er formulierte das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen (GRR: generalized resistance resource) und der generalisierten Widerstandsdefiziten (GRD: generalized resistance deficit). Den GRR zuzuordnen sind materielle Möglichkeiten, Wissen/Intelligenz, Ich-Identität, Coping-Strategien, soziale Unterstützung, Engagement, kulturelle Stabilität, Magie, Religion/Philosophie, präventive Gesundheitsorientierung. GRD sind Faktoren, welche die Widerstandskraft eines Menschen aufgrund von Erfahrungen der Unbeständigkeit, Über- und Unterforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen geprägt haben. Der gemeinsame Nenner aller generalisierten Widerstandsressourcen ist, dass sie den vielfältigen Stressoren/Stimuli, mit denen Menschen während ihres Daseins konfrontiert werden, einen Sinn geben. Durch diese sinnhaften Erfahrungen ermöglichen die GRR, im Laufe der Zeit ein starkes Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC) zu entwickeln.

Dieses Kohärenzgefühl ist ein zentrales Konzept der Salutogenese. Antonovsky (1997) definiert es als eine globale Orientierung,

"die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes, und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlaufe des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen.“ (S. 16)

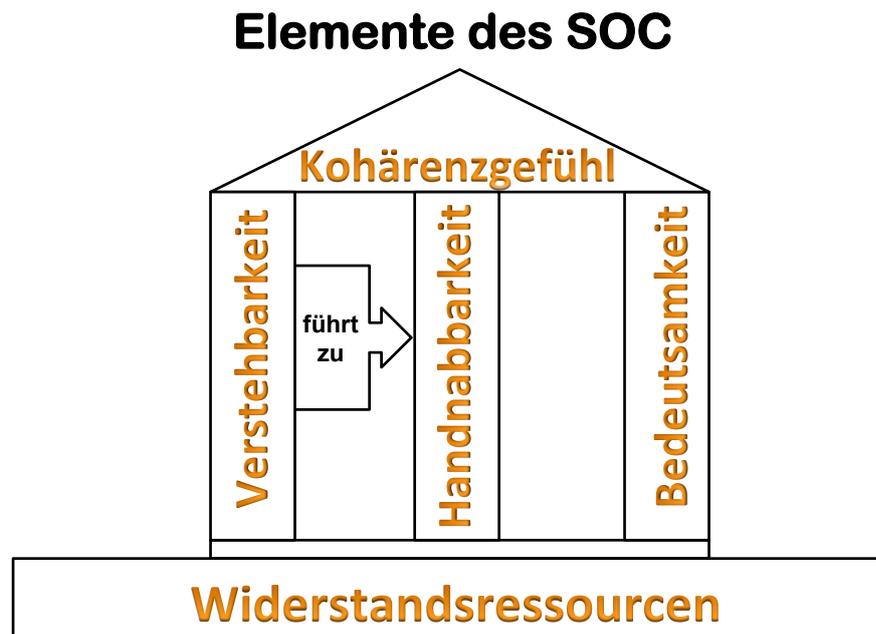


Abbildung 1: Elemente des SOC

Für Antonovsky (1997) ist das Kohärenzgefühl eine Hauptdeterminante. Es bestimmt, wo sich ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet und ob er sich in Richtung Gesundheit bewegt. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei zentralen Komponenten zusammen, aus dem Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), dem Gefühl der Handhabbarkeit (sense of manageability) und dem Gefühl der Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness). Menschen mit einem hohen Mass an Gefühl der Verstehbarkeit, gehen von der Vorhersehbarkeit kommender Ereignisse aus, oder falls sie dennoch überrascht werden, davon, dass sie diese einordnen und verstehen können. Sie sehen in solchen Ereignissen annehmbare Herausforderungen. Das Gefühl der Handhabbarkeit stellt das Ausmass der Wahrnehmung von zur Verfügung stehenden geeigneten Ressourcen dar, mit welchen der Mensch den an ihn gestellten Anforderungen begegnet. Diese Ressourcen kontrolliert er entweder eigenhändig, oder sie stehen einer Person zur Verfügung, welcher er vertraut, respektive welche er als legitimiert anerkennt. Ein ausgeprägtes Gefühl der Handhabbarkeit verhindert, dass ein Mensch durch die Ereignisse in eine Opferrolle gedrängt wird, oder das Gefühl erhält, vom Leben ungerecht behandelt worden zu sein. Das Gefühl der Bedeutsamkeit repräsentiert die motivationalen Aspekte des Kohärenzgefühls. Das Leben wird als emotional sinnvoll empfunden,

einige der Probleme und Anforderungen des Lebens werden als derart wertvoll betrachtet, dass man verpflichtend Energie in sie investiert und sich für sie einsetzt. Diese Ereignisse werden als willkommene Herausforderungen empfunden und weniger als Last, deren man sich gerne entledigt hätte.

Alle drei Komponenten des SOC spielen in der Stressbewältigung eine zentrale Rolle und sind notwendig, um ein erfolgreiches Coping zu ermöglichen. Sie haben aber nicht die gleiche Bedeutung. Gemäss Antonovsky (1997) sind die motivationalen Aspekte der Bedeutsamkeit am wichtigsten. Ohne sie ist Verstehbarkeit und Handhabbarkeit nur kurzzeitig erreichbar. Verstehbarkeit nimmt in der Wichtigkeit den zweiten Platz ein, da sie die Handhabbarkeit direkt beeinflusst. Wer versteht, kann auch besser handeln und Ressourcen mobilisieren. Die Handhabbarkeit darf aber keinesfalls als unwichtig betrachtet werden. Wenn ein Mensch denkt, dass ihm keine Ressourcen zur Verfügung stehen, so schwächt dies sein Gefühl der Bedeutsamkeit und seine Bemühungen um ein erfolgreiches Coping werden geschwächt. Die Studie von (Bergman, Malm, Ljungquist, Berterö, & Karlsson, 2012) kam zum Ergebnis, dass für infarktbetreffene Menschen die Verstehbarkeit die wichtigste Komponente für Veränderungen des Kohärenzgefühls war. In einer Longitudinalstudie stellte dieselbe Autorin fest, dass Frauen im Vergleich zu Männern alle drei Komponenten des SOC auf der Sense of Coherence Scale tiefer punkteten. Bezüglich der Verstehbarkeit zeigte sich jedoch eine Veränderung auf dieselbe Punktzahl wie die Männer (Bergman, Arestedt, Fridlund, Karlsson, & Malm, 2012).

Erfolgreiches Coping ist gemäss Antonovsky (1997) "das Ausmass, in dem man mit der generalisierten Erwartung an die Welt herangeht, dass Stressoren bedeutsam und verstehbar sind", es "legt die motivationale und kognitive Basis für das Handeln und dafür, dass die Umwandlung von Anspannung und Stress verhindert" (S.130). Im klinischen Alltag sieht Antonovsky (1997) hauptsächlich die Möglichkeit, den SOC nicht zu destabilisieren, d. h., ihm nicht zu schaden. Begegnungen sind so zu gestalten, dass der Mensch sich in sich selber als schlüssig erlebt, ausgeglichene Belastungen erfährt und ihre Bedeutung versteht. Als weitere Interventionen für eine positive SOC-Modifikation sieht Antonovsky (1997) jene Möglichkeiten, welche Menschen befähigen, in ihrem Lebensbereich SOC-verbessernde Erfahrungen zu machen. "Dies träfe auf jedes therapeutische Vorgehen zu, das eine lang anhaltende, konsistente Veränderung in den realen Lebenserfahrungen, die Menschen machen, erleichtert." (S.120)

4 METHODE

Die Autorinnen führten unabhängig voneinander eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO und PubMed/Medline durch. Sie benutzten Bool'sche Operatoren und folgende Suchbegriffe (teilweise als MeSH-Begriffe, (s. Tabelle 1): myocardial infarction kombiniert mit emotions, emotio*, nurs*, psychologi* oder psychological in Kombination mit Interventio* oder nursing intervention, dann verknüpft mit women oder human females. Bei PubMed/Medline erfolgte ein Ausschluss des MeSH-Begriffes "Pathological Conditions, Signs and Symptoms". Grund dafür war, dass sich die Suche auf Emotionen und deren Verarbeitung konzentrierte und nicht auf physische Pathologien.

Um möglichst aktuelle Erkenntnisse zusammenzutragen, wählten die Autorinnen als Filter das Publikationsalter von höchstens 15 Jahren.

Für einen Einschluss mussten die Studien folgende Kriterien erfüllen: ST sind Frauen mit MI; eine Intervention, die im weitesten Sinne durch Pflegende durchgeführt werden kann; mindestens ein Teilergebnis zum Thema emotionale Verarbeitung; eine Publikation in einem Fachjournal.

Ausgeschlossen wurden Studien, Einzelstudien mit gendergemischten Resultaten und Studien, welche in einer eingeschlossenen systematischen Review verwendet wurden.

Tabelle 1a: Ursprüngliche Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe (Schlag- und Textworte) & Operatoren	Limiten	Anzahl gefundene Studien	Anzahl verwendete Studien
Cochrane Library	(Myocardial Infarction [MeSH] OR "myocardial infarction") AND (((Emotions [MeSH] OR emotio*) nurs* OR psychologi*) AND interventio*) AND (Women [MeSH] OR women)	1999 - 2014; English	26	3

Tabelle 1b: Fortsetzung der ursprünglichen Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe (Schlag- und Textworte) & Operatoren	Limiten	Anzahl gefundene Studien	Anzahl verwendete Studien
CINAHL	Myocardial Infarction [MeSH] AND (((Emotions [MeSH] OR emotio* OR nurs* OR psychologi*) AND (interventio* OR Nursing Interventions [MeSH])) AND ([Women] MeSH OR women)	Abstract; 1999 - 2014; English, German; Female; All Adult	35	2
PsycINFO	("Myocardial Infarctions" OR Myocardial Infarctions [Schlagwort]) AND (((emotion OR Emotions [Schlagwort]) OR (nursing OR Nursing [Schlagwort]) OR psychological) AND (interventio* OR Intervention [Schlagwort])) AND (women OR Human Females [Schlagwort])	1999 - 2014	10	1
PubMed/ Medline	((Myocardial Infarction [MeSH]) AND (nursin* OR psycholog* OR (emotio* OR Emotions [MeSH])) AND interventio*) AND ((Women [MeSH]) OR women) NOT (Pathological Conditions, Signs and Symptoms [MeSH])	1999 - 2014; English; German; Female; 19+ years	34	1

4.1 Ausweitung der Suche

Bei Cochrane Library und PubMed/Medline suchten die Autorinnen zusätzlich explizit nach systematischen Reviews, um Erkenntnisse von möglichst hoher Evidenzstufe einschliessen zu können. Aufgrund des Mangels an frauenspezifischen Studien zum Thema MI verzichteten sie dabei auf den Suchbegriff "women". Um noch mehr Studien zu erfassen, führten die Autorinnen bei CINAHL ebenfalls eine zweite Suchstrategie ohne den Begriff "women" durch (s. Tabelle 2). In den anderen Datenbanken führte die systematische Suche ohne den Suchbegriff "women" zu keinen weiteren verwendbaren Studien.

Tabelle 2: Ausgeweitete Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe (Schlag- und Textworte) & Operatoren	Limiten	Anzahl gefundene Studien	Anzahl verwendete Studien
Cochrane Library	(Myocardial Infarction [MeSH] OR "myocardial infarction") AND (((Emotions [MeSH] OR emotio*) nurs* OR psychologi*) AND interventio*)	1999 - 2014; in Cochrane Reviews (Reviews only); English	9	2
CINAHL	(myocardial infarction) AND (nursing interventions)	1999 - 2014; English, German; Female; All Adult	22	1

Zusätzlich führten die Autorinnen eine Handsuche bei den Referenzen der potenziell verwendbaren Studien durch.

4.2 Handsuche

Bei der Suche nach systematischen Reviews erschien bei Cochrane Library auch eine systematische Review von Dale, Caramlau, Lindenmeyer und Williams (2008). Diese beinhaltet aber nur eine Studie mit MI-Betroffenen, jene von Carroll und Rankin (2006). Die Autorinnen entschieden sich, die Primärstudie einzuschliessen und die Review von Dale et al. (2008) auszuschliessen.

Die Handsuche der Referenzen der eingeschlossenen Studien ergab noch zwei weitere verwendbare Studien (s. Tabelle 3). In der systematischen Review von Whalley et. al (2011) ist eine Studie von Beckie (2006) als "ongoing study" nicht eingeschlossen. Diese Studie konnten die Autorinnen nicht einschliessen, da sie eine Interventionsbeschreibung ohne Outcome ist. Die Suche auf PubMed/Medline ergab die neuere Publikation von Beckie, Beckstead, Schocken, Evans und Fletcher (2011) mit derselben Intervention und entsprechenden Ergebnissen. Diese Studie schlossen die Autorinnen ein.

Die Studie von Mittag et al. (2006) hat eine Referenz von "Gomér K.", die angeblich 2005 in "Psychosomatic Medicine" publiziert wurde. Die Suche nach Gomér K. ergab in der Suche von Psychosomatic Medicine das Resultat von Orth-Gomér K. Auch die intensive Datenbank- und Internetrecherche nach dem angeblichen Publikationstitel mit oder ohne Gomér K. ergab kein Resultat. Auf das Anschreiben von Orth-Gomér bekamen die Autorinnen keine Antwort. Die Autorinnen suchten bei PubMed/Medline nach Gomér kombiniert mit interventio*. Diese Suche ergab mehrere Studien, leider nicht die ursprünglich gesuchte, aber eine weitere verwendbare. Die Autorinnen

entschieden sich aufgrund der Fachexpertise von Orth-Gomér und den wenigen durchgeführten Studien zum Thema dieser Arbeit die Studie von Orth-Gomér einzuschliessen.

Tabelle 3: Handsuche und daraus resultierende Suchstrategie

Primärstudie	Datenbank	Suchbegriffe (Textworte) & Operatoren	Limiten	Anzahl gefundene Studien	Anzahl verwendete Studien
Dale et al. (2008)				1	1
Mittag et al. (2006)	PubMed/Medline	(Gomér) AND interventio*	Abstract; 1999 - 2014; English; German	5	1
Whalley et al. (2011)	PubMed/Medline	(Beckie) AND interventio*	Abstract; 1999 - 2014; English; German; Female	5	1

4.3 Suchresultate

Mehrere Studien erschienen bei verschiedenen Datenbanken. Die Studie von Gallagher, McKinley und Dracup (2003) wurde aufgrund der frühen Follow-Up-Befragung (drei Monate nach MI) von der systematischen Review von Whalley et al. (2011) ausgeschlossen. Da der Zeitpunkt des Follow-Up für die Autorinnen dieser Arbeit kein Ausschlusskriterium war, haben sie die Studie von Gallagher et al. eingeschlossen. Mehrere Studien erschienen bei verschiedenen Datenbanken.

Das Ziel dieser Literaturrecherche war das Erfassen aller zur Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Studien, welche in den letzten 15 Jahren auf Englisch oder Deutsch publiziert wurden. Um dieses Ziel zu erreichen, beurteilten die zwei Autorinnen unabhängig voneinander die Titel, Abstracts und teilweise die ganzen Studien, bevor sie welchen ein- oder ausschlossen. Das Ergebnis waren 12 verwendbare Studien.

Die Autorinnen beurteilten die Evidenzstufe der eingeschlossenen Studien nach Polit und Beck (2012). Anhang 2 beinhaltet eine Graphik dieser Evidenzstufen-Pyramide.

5 ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel sind die wichtigsten Ergebnisse in Tabellenform dargestellt. In den Tabellen erwähnen die Autorinnen stellvertretend für Frauen und Männer die männliche Formulierung. Betrifft die Formulierung nur Frauen, ist die weibliche Form erwähnt.

Die Kennzahlen sind so wiedergegeben, wie sie in den Studien erscheinen.

5.1 Tabellarische Übersicht

Tabelle 4: The effects of a tailored cardiac rehabilitation program on depressive symptoms in women: A randomized clinical trial

Autor, Jg, Land	Hypothese und Design	Setting und Sample	Intervention und Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Beckie, Beckstead, Schocken, Evans, Fletcher (2011) USA	<p>Untersuchung der Hypothese, dass Frauen, welche die angepasste kardiale Rehabilitation (CR) beenden, eine grössere Verbesserung ihrer depressiven Symptome aufzeigen, als Frauen, die eine traditionelle CR absolvieren und ob dies auch beim Follow-Up der Fall ist.</p> <p>Design: single-blind randomized controlled trial</p>	<p>Setting: ambulante CR über 12 Wochen in Florida</p> <p>Sample: 225 Frauen (Mean (M) = 63 Jahre) nach MI (5%), perkutaner Koronar-Intervention (PCI) oder koronararterieller Bypass-Operation (ACBP) oder mit AP.</p> <p>Interventionsgruppe (IG): 133 ST Kontrollgruppe (KG): 92 ST</p>	<p>Intervention: Intervention der IG in Frauengruppen. Physisches Training (Aerobic und Krafttraining) und 10 psychoedukative Lektionen, u. a. zu Entspannungsübungen und sozialer Unterstützung. Drei 60-minütige individuelle psychotherapeutische Sitzungen zur Verhaltensänderung nach der Lehre motivierender Gesprächsführung (MG) und des transtheoretischen Modelles (TTM). Danach ein individuelles Assessment mit Abgabe eines Berichtes über Stadium der Veränderungs-Motivation, Entscheidungs-Balance, Selbstwirksamkeit und des Veränderungsprozesses. Berichte zeigten individuellen Fortschritt auf und beinhalteten Vorschläge von stadium-spezifischen Strategien zur Motivation von weiteren Veränderungen. Vertiefung dieser Strategien durch begleitende Case Manager. KG erhielt identisches physisches Training und 8 Schulungslektionen zu Verhaltensänderung betreffend KHK-Risikofaktoren.</p> <p>Instrumente: Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (höhere Werte bedeuten stärkere depressive Symptome) mit Cronbach's alpha > 0.9 für Baseline-Messungen, 1 Woche nach Beendigung der Intervention und Follow-Up nach 6 Monaten</p>	<p>Signifikante Abnahme der depressiven Symptome in der IG: CES-D-Werte nahmen in der IG von der Baseline-Messung (M = 17.3 ± SD = 11.7) zur post-interventionellen Erhebung (11.0, ± 9.4) signifikant ab (p < 0.001). Zum Zeitpunkt der Follow-Up-Messung waren die CES-D-Werte wieder leicht angestiegen (13.0, ± 9.9), sie blieben aber immer noch signifikant tiefer als bei der Baseline-Erhebung (p < 0.001). CES-D-Werte in der KG veränderten sich at baseline (16.5, ± 10.3), direkt post-interventionell (14.3, ± 10.3) und nach 6 Monaten (15.2, ± 10.8) nicht signifikant (p = 0.137).</p>	<p>Stärken: Studiendesign; exakte Methode; valides Instrument; transparente Angaben über ST-Abgang während der Studie und deren erhöhter CES-D-Wert at baseline</p> <p>Schwächen: Zielgrösse für Sample (400) nicht erreicht</p> <p>Evidenzstufe nach Polit und Beck (2012): IIa</p>

Tabelle 5: A Family Systems Nursing Interview Following a Myocardial Infarction: The Power of Commendations

Autor, Jg, Land	Ziel und Design	Setting und Sample	Intervention und Methode	Wichtigste Ergebnisse mit Zitaten	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Bohn, Wright, Moules (2000) Kanada	Präsentation eines "family systems nursing"-Interviews Design: Einzelfallstudie	Setting: Family Nursing Unit der Universität Calgary Sample: 1 Frau, 53-jährig	6 und 9 Wochen nach der MI-Diagnose therapeutische Konversation im Kontext des Krankheits-Überzeugungs-Modells nach Wright, Watson und Bell. Wichtige Bestandteile der therapeutischen Konversation sind u.a. häufiges loben, ein Genogramm zeichnen und eine respektvolle, anteilnehmende und nichthierarchische Beziehungsgestaltung.	Anhaltend höheres Selbstwertgefühl und verbesserter Gemütszustand nach der ersten therapeutischen Konversation: "Ich glaube mein Selbstwertgefühl ist auf 50% hoch.", "Ich fühlte mich wie ein Fliege, nun ist es umgekehrt, nun bin ich der grosse Kerl.", mein "Selbstvertrauen war so gross, dass ich die Welt hätte erobern können."	Stärken: Aussagekräftige Zitate; Ausführliche Beschreibung der Schlüsselkonzepte Schwächen: Design (kleines Sample); Forschungsziel oder Fragestellung nicht explizit erwähnt; keine Angaben über Datenmanagement; fehlende Angaben über Einbezug einer Ethikkommission; Die Studie entspricht dem Evidenzstufe VI nach Polit und Beck (2012)

Tabelle 6: A Group-Based Program of Emotional Recovery for Younger Women Following Myocardial Infarction

Autor, Jg, Land	Fragestellung und Design	Setting und Sample	Intervention und Methode	Wichtigste Ergebnisse mit Zitaten	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Bowers & Buchanan (2007) Kanada	Wie erfahren Frauen, die jünger als 55 sind, ihre Genesung nach MI? Design: Phänomenologie	Setting: Gruppentherapie-Sitzungen Sample: Sechs Frauen nach MI	Autobiografisch geführter (GA) Ansatz nach Birren & Deutchman, 6 x 2 Std. Gruppensitzungen zu folgenden Themen: 1. Gesundheit und Erfahrung durch MI 2. Lebenswerk und die Auswirkung von MI 3. Bedeutende Beziehungen 4. Selbst-Fürsorge und Stressmanagement 5. Bedenken über Tod und Sterben 6. Persönliche Geschichte über Bedeutung der Krankheit und Genesung Datenanalyse: fließend mit Datensammlung, Analyse der Daten aus dem Screening-Interview mit ST, geschriebenen Autobiographien, Videoaufnahmen. Besprechung der Analysen mit ST, Einbeziehen der Forschungsnotizen und Journaleinträgen in die Interpretationen. Fortlaufende Evaluation der Kategorien mit den vorhandenen Datenquellen.	Sechs Hauptkategorien: 1. Erfahrung von Verlust 2. Leben mit Unsicherheit 3. Wandel in der Selbst-Wahrnehmung 4. Selbstfürsorge durch Verbesserung von physischer, emotionaler und/oder psychologischer Gesundheit und Wohlbefinden. 5. Medizinische Versorgung und Unterstützung durch andere • Information: Bedürfnis nach "ehrlicher" und "offener" Information. Personal der kardialen Rehabilitation gab die hilfreichsten Informationen. • Reaktionen des Gesundheitspersonals Gemischte Rückmeldungen über erlebte Pflegequalität, sowie erfahrene Fehldiagnose: "ein Jahr vor meinem MI erlebte ich Schmerzen in meiner Schulter und meinem linken Arm, aber mein Arzt sagte mir, dass dies so sei, weil ich deprimiert war." Iatrogenes Leiden: übereilte Entlassung, Mangel an Informationen und bereitgestellten Ressourcen, Fehlen von teilnehmender Pflege • Soziale Unterstützung durch Familie und/oder Freunde in verschiedenen Ausprägungen, auch durch GA-Gruppe 6. Fürsorge für andere: Balance zwischen • Rolle als Fürsorgende, • eigenem Unterstützungsbedarf und • Compliance mit Genesungsempfehlungen	Stärken: Vertrauenswürdige Studie; ergibt klares umfassendes Bild der Thematik; hohe Glaubwürdigkeit durch Triangulation, externe Überprüfung und Angaben über Forscherinnen; Nachvollziehbarkeit durch mehrere Rohdatenquellen, detaillierte Beschreibung der Methodik und punktueller Zitat hinterlegung; Übertragbarkeit durch dichte Beschreibung des Settings und der Methodik gegeben; Interventionen für die Pflege-Praxis können abgeleitet werden; Limitationen sind erwähnt Schwächen: Ungenügende Angaben bez. ethischer Überprüfung, Sicherung der Rohdaten; keine Erwähnung der Datensättigung; ausführlichere Zitat-Rezitierungen würden Glaubwürdigkeit zusätzlich unterstützen Die Studie entspricht dem Evidenzstufe VI nach Polit und Beck (2012)

Tabelle 7: Music for stress an anxiety reduction in coronary heart disease patients (Review)

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Bradt, Dileo, Potvin (2013) Gross-britannien	Aktualisieren der früher erschienenen Review, welche die Effekte von Musikinterventionen und Standardpflege im Vergleich zu alleiniger Standardpflege auf psychologische und physiologische Antworten von Personen mit KHK untersuchte. Design: Systematische Review mit Metaanalyse	Datenbanken und Register: Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, LILACS, Social Science Citation Index, Proquest Digital Dissertations, CAIRSS for Music, musictherapyworld.net, ClinicalTrials.gov, Current Controlled Trials, National Research Register Zeitperiode: Update von 2008 - 2012 24 randomized controlled trial (RCT) und 2 quasi-randomized trials (QRCT)	Auswahl der Studien anhand von Einschlusskriterien. Datenextraktion anhand eines Kodierinstrumentes. Einschätzung der Studienqualität und Verzerrungsgefahr mittels Instrument der Cochrane Collaboration: Randomisierung, Interventionszuteilung, Verblindung, unvollständige Ergebnisse, selektive Berichterstattung, Interessenkonflikt 2 Autoren führten unabhängig voneinander Auswahl, Extraktion und Einschätzung durch	Musikinterventionen (singen, Musik hören oder spielen) haben bei Personen mit KHK einen kleinen positiven Effekt auf psychischen Stress ($P = 0.02$, $I^2 = 0\%$ ¹ ; $n = 228$) sowie einen moderaten auf Angst ($P = 0.004$, $I^2 = 77\%$; $n = 353$). Konnten die Probanden die Musik aus einer vorgegebenen Auswahl selber wählen, war der angstmindernde Effekt grösser als bei fremdgewählter Musik ($P = 0.001$, $I^2 = 48\%$; $n = 144$) ² . Bei Personen mit MI zeigten Musikinterventionen eine noch stärkere Angst-Reduktion ($P < 0.00001$, $I^2 = 53\%$; $n = 243$) ³ . Auf depressive Verstimmung hatte Musikhören keinen statistischen Effekt ($P = 0.42$, $I^2 = 0\%$; $n = 217$). Die Probanden gaben nach dem Musik hören eine Verbesserung ihrer Stimmung an ($P = 0.05$, $I^2 = 80\%$; $n = 97$).	Stärken: klares methodisches Vorgehen; umfassende Literaturrecherche; grosses Sample Schwächen: Primärstudien hatten kleine Anzahl Probanden; Primärstudien haben eine hohe Gefahr der Verzerrung (bias), (häufig $I^2 > 50\%$) Evidenzstufe nach Polit und Beck (2012): Ia

¹ $I^2 > 50\%$ bedeutet eine signifikante Heterogenität² Vergleich von IG und KG³ Vergleich von IG und KG

Tabelle 8: Comparing Interventions in Older Unpartnered Adults after Myocardial Infarction

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen ⁴	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Carroll, Rankin (2005) USA	Vergleich der Auswirkungen von zwei Selbstwirksamkeits- Interventionen (Peer Beratung vs. Advanced Practice Nurse (APN)- Beratung) auf die Selbstwirksamkeit bezogen auf das Genesungsverhalten. Design: RCT prospektiv	Setting: Follow-Up Telefonate, während 12 Wochen 1xx/Woche. Machbarkeitsprüfung der Interventionen von APN – Coaching oder Peer-Beratung zusätzlich zur Standard- Pflegeintervention. Randomisierung zu 3 Gruppen: 1. Gruppe erhielt nur die stationäre Standard- Pflegeintervention. 2. Gruppe erhielt tel. Unterstützung durch Peer-Berater Peer –Berater. 3. Gruppe erhielt tel. Coaching durch spezialisierte APN.	Interventionen: Peer-Beratung: nahm Anteil an persönlichen Erfahrungen und Informationen, gab keine klinischen Informationen oder Beratung bez. Gesundheit. APN- Coaching: Anwendung von Selbstwirksamkeits-Interventionen . Inhalt: Überzeugung, Edukation bei spez. Lernbedarf, Strategien zur Handhabung von phys. Belastungszuständen. Kontrollgruppe: Standard- Pflegeintervention während Hospitalisation. Erfassungsinstrumente:	Selbstwirksamkeit bezogen auf Genesungsverhalten (SE Skala 0-10): Nichtsignifikante Verbesserung in allen 3 Gruppen: Baseline (p = 0.19), nach 12 Wochen (p = 0.41). Nicht signifikantenr Unterschied des Change scores ⁵ der 3 Gruppen, p = 0.80). Peer-Adviser- Gruppe erreichte höchsten Change-Score (1.5 ± 2.5). Genesungsverhalten (DASI, Skala 0- 58.2): Nichtsignifikante Verbesserung in allen 3 Gruppen: Baseline p = 0.65, nach 12 Wochen p = 0.84; Nicht signifikanter Unterschied desChange score in allen 3 Gruppen p = 0.92 Peer-Adviser- Gruppe erreichte den höchsten Change-Score (3.1 ± 8.9). Mentalen Gesundheit (MOS SF 36, Skala 0-100): Nichtsignifikante Verbesserung nach 12	Stärken: Übersichtliche Tabellen. Gute Beschreibung der Ausfallquote. Reliable Messinstrumente Durchführungsobjektivität erwähnt. Schwäche: Sehr knappe Beschreibung des theoretischen Hintergrunds und der Resultate. Durchführungsobjektivität eingeschränkt. Hohe Ausfallquote (20%), Instrument SE fehlt Cronbachs α, Kombination von 2 Instrumenten wird erklärt,

⁴ CI: 95%⁵ Vergleich zwischen den Durchschnittswerten at baseline und nach 12 Wochen

<p>Datenerfassung 3, 6, 12 Wochen.</p> <p>Sample: n =132, alleinstehende ältere Erwachsene > 65 jährig, Frauenanteil 60-70% in jeder Gruppe. Ausfallquote: 24.2%</p>	<p>Kombination aus Jenkins Self-Efficacy Scales (SE) und Duke Activity Status Index Self-Efficacy Scale (=DASI-SE), Duke Activity Status Index: Kronbach $\alpha=0.95$; Medical Outcomes Survey (SF-36 =MOS SF 36, Cronbachs $\alpha= 0.75-0.84$)</p>	<p>Wochen in allen 3 Gruppen: Baseline p = 0.63, nach 12 Wochen p = 0.47; Nicht signifikantenr Unterschied des Change scores in allen 3 Gruppen p = 0.22 APN-Gruppe erreichte den höchsten Change-Score (4.5 ± 19).</p>	<p>Daten erscheinen jedoch getrennt. Kleines Sample für Design mit 3 Gruppen</p> <p>Evidenzstufe gemäss Polit, D.F.& Beck, T.C. (2012): IIb</p>
--	---	--	--

Tabelle 9: Clinical Implications of a Reduction in Psychological Distress on Cardiac Prognosis in Patients Participating in a Psychosocial Intervention Program

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Cossette, Frasure-Smith, Lespérance (2001) Kanada	Untersuchung der Beziehung zwischen kurzfristigen individuellen Veränderungen in psychol. Distress, mittelfristigen Verbesserungen in psych. Distress und 1-Jahres Outcome bezüglich der Variablen Depression, Angst, Mortalität und Rehospitalisationen Design: Follow Up basierend auf M-HART-Studie von Frasure-Smith et al. (1997): RCT Studie	Setting: Zeitanalyse der Daten aus der Interventionsgruppe der Original M-HART- Studie. (Frasure-Smith et al. (1997)) Sample: n = 433, mit GHQ \geq 5, Frauenanteil: 36% Zusatz zu Sample: es wurden nur Probanden eingeschlossen, welche mindestens 2 Mal von einer Studien-Pflegefachperson (PP) besucht wurden, Zeitintervall \leq 2 Monate	Hausbesuche durch Pflegefachperson mit kardiologischer Erfahrung, weiteres zur Intervention s. Anhang 3: Frasure-Smith et al. (1997) Instrumente: Stress: GHQ, Depression: BDI (Cronbach α = 0.73-0.95) Angst: S-STAI (Cronbach α = 0.86-0.94) Unabhängige Variable = Veränderung zwischen folgenden GHQ-Werten: GHQ- Wert unmittelbar vor dem 1 PP-Besuch und GHQ- Wert nach dem zweiten PP-Besuch.	Statistisches Signifikanzniveau: $p \leq 0.05$ Marginales Signifikanzniveau: $p > 0.05$ und ≤ 0.10 Allgemein :signifikant weniger GHQ-Score-Erfolg bei Frauen als Männern: $p = 0.29$ Kurzfristige anhaltender stressred Erfolg (GHQ-Veränderung) bei Frauen: 48.7%, $p = 0.029$ Marginal signifikanter mittelfristig anhaltender stressred. Erfolg (GHQ-Veränderung): bei Frauen: 76%, $p = 0.5$ Vergleich kurzfristig GHQ- Outcome und Depression, resp. Angst nach 1 Jahr (keine Genderspezifizierung da Unterschied nicht signifikant): Depression: Signifikant weniger Pat. mit kurzfristig erfolgreichem GHQ-Outcome hatten BDI-Werte ≥ 10 , $p = < 0.001$ Angst: Signifikant weniger Pat. mit kurzfristig erfolgreichem GHQ- Outcome waren im oberen Quartil der S-STAI, $p = < 0.001$ (Quartil-Vergleich, da Cut-off-Score s-STAI fehlte)	Stärken: Grosses Sample Methodik Darstellung und Erklärung der Daten Homogenes Sample bezüglich Risikofaktoren Schwächen: Keine äquivalente Datenauswertung der KG von Original M-HEART Studie \rightarrow dies lässt keinen Interpretation der Interventionen bezüglich Erfolg zu. Evidenzstufe Der Original M-HART Studie (1997) nach Polit und Beck (2012): IIa

Tabelle 10: Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen ⁶	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Cosette, Frasure-Smith, Lespérance (2002) Kanada	Untersuchung der Charakteristika der Pat.-PP Interaktion in Zusammenhang mit der Reduktion von psychischem Stress, mit spez. Beachtung der Gender-unterschiede bez. Pat.-PP- Interaktion und Outcome Design: Follow Up basierend auf M-HART-Studie von Frasure-Smith et al. (1997): RCT Studie	Setting: Zeitanalyse der Daten aus der Interventionsgruppe der Original M-HART-Studie. (RCT) s. Anhang Original M-HART-Studie 1997 Frasure-Smith et al. Datenauswertung aus speziell für die M-HART-Studie entwickeltem „Problem-Action-Grid“: 32 Items bez. Pat. bezogene Anliegen und 41 möglichen PP- Interventionen. Genaue Beschreibung der Interventions-	2 Hausbesuche durch Pflegefachperson mit kardiologischer Erfahrung, weiteres s. Anhang 3. Instrumente: GHQ, Problem-Action-Grid, welcher für diese Studie entwickelt wurde.	Statistisches Signifikanzniveau: $p = \leq 0.05$ Marginales Signifikanzniveau: $p = > 0.05$ und ≤ 0.10 AUSWIRKUNG DER ANLIEGEN-INTERAKTION-BEZIEHUNG ZU POSITIVER VERÄNDERUNG BETREFFEND STRESS (für beide Geschlechter, da kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt wurde; nach Kontrolle von Störvariablen; CI 95%): Bestätigung, Ermutigung/Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> <i>BD</i>: Odds Ratio (OR) 1.85 (0.90–3.81) $p = 0.089 \rightarrow$ marginal pos.! <i>Gewicht</i>: OR 2.49 (1.18–5.28) $p = 0.011$ <i>Typ-A-Verhalten</i>: OR 2.79 (1.38–5.65) $p = 0.008$ Kognitiv (Interaktion bez. Gender wegen zu kleiner Anzahl der Interventionsart nicht erhoben): <ul style="list-style-type: none"> <i>kognitive psychol. Symptome</i>: OR 2.23 (0.86-5.81) $p = 0.017$ Edukativ (Interaktion bez. Gender wegen zu kleiner Anzahl der Interventionsart nicht erhoben): <ul style="list-style-type: none"> <i>Probleme des Ehepartners</i>: OR 3.011 (1.21-7.49) $p = 0.035$ 	Stärken: Grosses Sample Methodik gut beschrieben Durchführungsobjektivität beschrieben um bestmögliche Konsistenz zu erreichen. Schwächen: Keine Evidenzstufe Der Original M-HART Studie (1997) nach Polit und Beck (2012): IIa

⁶ enthält Korrekturen vom Februar 2015

Charakteren
s. Anhang 4

Sample:

N=431

Meist nach MI, < 65 J.

Frauenanteil: 36.2%

Einschlusskriterium:

≥ 2 Hausbesuche mit

Zeitintervall ≤ 2

Monate, ausgefüllter

Problem-Action-Grid

**AUSWIRKUNG DER ANLIEGEN-INTERAKTION-
BEZIEHUNG ZU POSITIVER VERÄNDERUNG
BETREFFEND STRESS BEI FRAUEN (CI 95%):**

Zuhören:

- *nicht kardiale Krankheit/Symptome Angst/Depression:*
OR 2.99 (0.99–8.99) $p = 0.051$ → marginal pos.!
- *BD:* OR 2.49 (1.00–6.18) $p = 0.049$
- *Therapiebelastung:* OR 2.05 (1.02–4.11) $p = 0.044$

Bestätigung, Ermutigung:

Verantwortung im Haushalt: OR 2.79 (1.063–7.33) $p = 0.037$

Tabelle 11: A Cardiac Rehabilitation Program to Improve Psychosocial Outcomes of Women with Heart Disease

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen ⁷	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Davidson, Digiacomo, Zecchin, Clarke, Paul, Lamb, Hancock, Chang, Daly (2008) Australia	1) Akzeptanz der Intervention und Durchführbarkeit Ergebnismessungen, 2) Identifikation logistischer Probleme bei Gruppen-Bildung und Durchführen des Kursinhaltes, 3) Meinungen von Endkunden erhalten über Entwicklung der Intervention und 4) Pilotdurchführung der Intervention vor einer RCT Design: Deskriptive Studie mit Mixed-methods-Design	Setting: Ambulante Gruppen von 5-10 Frauen Sample: 48 Frauen im Alter von 42-80 Jahren (61 , ± 9.1), nach akutem kardialen Ereignis (MI, instabile AP oder HerzInsuffizienz (HI))	Für 6 Wochen eine zweistündige Sitzung pro Woche u. a. zu den Themen "Bewältigung der vielfältigen und wechselnden Rollen", "Depression und Angst: Kenntnis und Bewusstsein der Anzeichen" und "Umgang mit Herausforderung und Stress". Die Sitzungen hatten einerseits direkte Anteile, andererseits basierten sie auf gegenseitiger Hilfe und Unterstützung der ST. Messinstrumente: Messung von Kontrolle: <i>Cardiac Control Index</i> (CCI); Angst, Depression und Stress: <i>DASS 21</i> (Kurzform des Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS)); Stress und Zufriedenheit durch Frauenrollen: <i>Women's Role Interview Protocol</i> (WRIP); emotionaler Unterstützung: <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> (MSPSS)	Keine signifikante Veränderungen der abhängigen Variablen ⁸ : Depression (DASS 21) p = 0.31; Anxiety (DASS 21) p = 0.62; Stress (DASS 21) p = 0.23; Stress (WRIP) p = 0.16; Satisfaction (WRIP) p = 0.58; Kontrolle (CCI) p = 0.3; Soziale Unterstützung (MSPSS) p = 0.4. Nichtsignifikante Abnahme der Selbsteinschätzung von milder bis sehr starker Depression, Angst und Stress . Aus den qualitativen Daten ergaben sich unter anderem die Themen Nutzen von Unterstützung und unterstützender Schulung (ST erklärten, dass sie in den Sitzungsgruppen in einer anderen Art über kardiale Themen sprechen konnten als mit Freunden oder ihrer Familie), Empfinden von Isolation ("Ich dachte, ich sei die Einzige, die sich so fühlt". "Ich finde es schwierig, meinem Arzt und meiner Familie zu verstehen geben, wie ich mich fühle"), eigene Gesundheit nicht priorisieren ("Ich wollte niemand anderen beunruhigen")	Stärken: Mixed-methods-Design zum Erfassen Phänomens; klare Beschreibung der Messinstrumente und deren Validität Schwächen: keine Randomisation; tiefe Rücklaufquote des Endfragebogens (58%, n = 28); qualitativer Ansatz zu ungenau beschrieben (Methode, Datenmanagement) Evidenzstufe nach Polit und Beck (2012): VI

⁷ Vergleich zwischen Baseline- und Endmessung⁸ CI = 0.95

Tabelle 12: **Effects of a telephone counseling intervention on psychosocial adjustment in women following a cardiac event**

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Gallagher, McKinley, Dracup (2003) Australien und USA	1. Bestimmung der Effektivität einer telefonischen Follow-Up-Intervention mit Information und Unterstützung von psychosozialer Anpassung für Frauen nach einem kardialen Ereignis 2. Bestimmung der Merkmale zur Vorhersage für psychosoziale Anpassung bei Frauen nach einem kardialen Ereignis RCT	Setting: Zu Hause Sample: 196 Frauen mit KHK (M = 67 Jahre; SD 9) Cluster-Randomisierung in IG (93 Frauen) und KG (103 Frauen)	Intervention: Zusätzlich zur normalen Pflege vor der Entlassung aus dem Akutspital eine Einführungseinheit, gefolgt von 4 Follow-Up-Telefonaten durch eine der Autorinnen nach 2-3 Tagen, 1 Woche, 3 und 6 Wochen und ein Interview nach 12 Wochen. Anrufe waren einerseits auf individuell bevorzugte Coping-Strategien, häuslicher Kontext und Stadium der Anpassung der Probandinnen zugeschnitten, andererseits beinhalteten sie einen standardisierten Teil zur Einschätzung des physischen und psychologischen Status und zur gemeinsamen Selbstmanagement-Zielsetzung (u. a. Stressreaktionen). Instrumente: Gesamtpsychosoziale Anpassung an KH: Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) (Cronbach's $\alpha > 0.68$); Angst, Depression: Hospital Anxiety and Depression Scale; Kontrolle über KH (nur at baseline: Control Attitudes Scale (CAS) (Cronbach's $\alpha 0.72$)	Keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG: psychosoziale Anpassung ($p = 0.8$), Angst ($p = 0.69$) oder Depression ($p = 0.74$) Signifikante Verbesserung in der Zeit von Baseline-Erhebung und Interview in beiden Gruppen, d. h. unabhängig der Intervention: gesamtpsychosoziale Anpassung an die Krankheit (KH) ($p = 0.00$), Angst ($p = 0.00$) und Depression ($p = 0.00$) Merkmale zur Vorhersage einer schlechten psychosozialen Anpassung: Alter (< 55 Jahre), stressreiches Ereignis während der Genesung (inkl. Rehospitalisation), arbeitslos, pensioniert, schlechte gesamtpsychosoziale Anpassung an KH kurz nach deren Diagnose, fehlendes Kontrollgefühl über ihre KH. Merkmale zur Vorhersage erhöhter Ängstlichkeit und Depressivität sind dieselben mit Ausnahme des Alters und bei Depressivität zusätzlich bereits eine erhöhte Depressivität vor der KH-Diagnose.	Stärken: Studiendesign; gut nachvollziehbare, adäquate Methodenbeschreibung (Probandinnen, Intervention, Instrumente); reliable und valide Instrumente; Schlussinterview durch verblindete Person Schwächen: Nur 34% der Probandinnen bekamen die gesamte Intervention (4 Anrufe) Die Studie entspricht dem Evidenzstufe IIb nach Polit und Beck (2012)

Tabelle 13: **Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up trial): overall and gender-specific effects**

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention und Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen⁹	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Mittag, China, Hoberg, Juers, Kolenda, Richard, Maurischa Raspe (2006) Deutschland	Ziel der Studie: Evaluation eines einjährigen, telefonischen Interventionsprogramms nach stationärem Rehabilitation. Ziel: Verbesserung der Lanzeitauswirkung von Rehabilitaiton durch Reduktion der modifizierbaren Risikofaktoren und Verbesserung der Lebensqualität bezogen auf die Gesundheit. Design: RCT prospektiv	Setting: Follow-Up Telefonate. Zeitdauer 1 Jahr Sample: 343 Frauen und Männer nach MI, ACBP, PCI. Frauenanteil 18% Ausfallquote 17% Randomisierung in 2 Gruppen: IG: Informationsschreiben über allgemeine Gesundheitsthemen Zusätzlich während eines Jahres monatlicher tel. Kontakt KG: erhielt 6 x/Jahr das gleiche Infromationsschreiben wie die Interventionsgruppe „attention placebo“.	Intervention: individuelle angepasste monatliche Beratung am Telefon während einem Jahr bez. Sport und phys. Aktivität, Ernährung, Raucherstopp, Stressmanagement, psychosoziale Belange, medizinische Belange. Beratungen abgeleitet von kognitiv-verhaltensbasierten (Prochaska und Di Clemente) und psychologischen (Rollnick et al, Kanfer et al) Konzepten. Instrumente: Angst: Symptom Checkliste-90 (SCL-90) Depression: Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	Vergleich Change -Score nach 1 Jahr: Angst: Bei Frauen zeigte sich eine marginale Reduktion ($p = 0.054$). Depression: Bei Frauen zeigte sich eine marginal signifikante Reduktion ($p = 0.54$) Ein Vergleich zwischen den Frauen in IG und KG zeigt, dass sich nach 1 Jahr praktisch keine Frauen in der IG bezüglich ihren SCL- und CES-Werten verschlechterten (Angst: $p = 0.019$, Depression: $p = 0.046$)	Stärken: Sehr exakter Methodenbeschrieb Ausfallquote bestmöglich erklärt. Gute Vorbereitung und Betreuung der interven. Pflegefachpersonen Schwächen: Schwankung der Anzahl von erhaltenen Telefonaten (4-12), sowie der Telefondauer(2-94 Min., Niedriger Frauenanteil schränkt Aussagekraft der Resultate ein. Keine Angabe zur Reliabilität der Messinstrumente. Evidenzstufe gemäss Polit, D.F.& Beck, T.C. (2008) : II a

⁹ Nur frauenspezifische Ergebnisse; CI = 0.95

Tabelle 14: Behavioral interventions for coronary heart disease patients

Autor, Jg, Land	Fragestellung und Design	Setting und Sample	Intervention und Instrumente	Wichtigste Ergebnisse ¹⁰ mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Orth-Gomér (2012) Schwe- den	Beschreibung des modifizierten "Recurrent Coronary Prevention Project"-Programmes, Untersuchung von dessen Eignung für Männer und Frauen und Evaluierung der Wirkung auf Gesundheitsparame-ter von Männern und Frauen. Design: Nonrandomized trial	Setting: Ambulante Gruppen von 5-7 Personen. Gruppen waren gemischt oder gendergetrennt (2 Gruppen nur Frauen) Sample: 11 Frauen (M = 57 Jahre ± SD = 8) und 19 Männer (55 ± 7) mit ACS (MI (93%), PCI oder ACBP) und hohem psychosozialen Stress.	Intervention: Schulungsprogramm zu Gesundheitsverhalten mit 20 Gruppensitzungen à 2 Stunden. Die Themen beinhalteten Faktoren, die bei Frauen Stress auslösen (in den Männergruppen waren es Männer betreffende Stressoren). U. a. zu folgendem Themen: Psychosozialer Stress, seine Auswirkungen und mögliche Verhaltensweisen Instrumente: gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQL), zum jetzigen Zeitpunkt, vor einem Jahr und in einem Jahr: Lebensleiter (ladder of life); Stressbewältigung: Kohärenzsinn (SOC) -Skala; Angst und Depression: Hospital Anxiety and Depression scale (HADS); Alltäglicher Stress und Typ-A-Verhalten ¹¹ : every day stress scale; Typ-D-Verhalten ¹² : Type-D scale 14 (DS 14)	Depressionswerte waren bei Baseline-Messung tief, sie verbesserten sich statistisch nicht signifikant. Signifikante Abnahme der Angstwerte (p = 0.002), des Typ-A-Verhaltens (p = 0.001) und des Typ-D-Verhalten (p = 0.04). HRQL : Lebensleiter (Skala 1-10) veränderte sich nur in der Vergangenheit signifikant (p = 0.04), in der Gegenwart verbesserte sie sich leicht (6.3 ± 2.1 ¹³ zu 7 ± 1.8), in der Zukunft verschlechterte sie sich (5.6 ± 2.1 zu 4.5 ± 2). SOC (mögliche Punktezahl: 13-91) verbesserte sich nicht signifikant (53.9 ± 6.2 zu 57.2 ± 8.3)	Stärken: ausführlich beschriebene Intervention; gut beschriebene Messinstrumente; Schwächen: sich widersprechende Angaben im Text über gendergetrennte Gruppen (Männergruppen und "ladder of life" (past)); ungenau beschriebene Methode (fehlende, bzw. zu ungenaue Angaben zu Validität der Instrumente, Ethikkommission, CI); keine Ergebnisse der qualitativen Daten; Evidenzstufe nach Polit und Beck (2012): IIb

¹⁰ Ergebnisse beziehen sich nur auf Frauen, Vergleich von prä- und post-interventioneller Messung¹¹ s. Anhang 1¹² s. Anhang 1¹³ M ± SD

Tabelle 15: Family Role and Work Adaptation in MI Women

Autor, Jg, Land	Fragestellung und Design	Setting und Sample	Intervention und Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Varvaro (2000) USA	Haben Frauen nach MI, die das PESSI ¹⁴ -Pflegethema erhalten, eine höhere Adaptation in der Funktionalität ihrer Familien- und Arbeitsrolle als jene, die Standardpflege erhalten? Design: Randomisierte Längsschnittstudie	Setting: Zu Hause Sample: 122 Frauen mit M von 61 Jahren 55 Frauen in der IG und 67 in der KG	IG bekam zu den 3 regulären 2 zusätzliche Heimbefuche (nach 3 und 9 Monaten) durch eine Pflegenden. Die Pflegenden arbeiteten bei den zusätzlichen Besuchen mit dem PESSI-Pflegethema mit Informationen zu: sich verstehen als Familienmitglied, verändern und bewältigen von Haushaltsarbeiten, maximieren der Partnerrolle und ermuntern zur Anpassung der Erwerbsarbeit. Fragebogenerhebungen nach 6 Wochen, 6, 12 und 18 Monaten nach MI mit folgenden Instrumenten: modifizierte "Perceived Role Adaptation Scale" (PRAS) und "Perceived Sexual Adjustment Scale" (PSAS)	KG gab nach 12 Monaten eine höhere Rollen-Adaptation¹⁵ als Familienmitglied an, hingegen war sie nach 18 Monaten in der IG stärker (nach 12 Monaten: IG M = 0.42 ± SD = 0.83, KG 0.35 ± 0.81; nach 18 Monaten: IG 0.23 ± 0.61, KG 0.37 ± 0.87). Keine Aussage über Signifikanz. Bewältigen des Verlustes der Mutter-/Betreuer-Rolle: IG hatte nach 18 Monaten eine nichtsignifikant höhere Adaptation (81.1%) als KG (71.3%). Wiedererlangen eines Kontrollgefühls in der Familie: Prozentuale Adaptation der IG nach 18 Monaten 77.1% und in der KG 74.2%. Es zeigte sich keine Signifikanz in der Adaptation über die 18 Monate (p = 0.3). Rolle als Hausfrau: Über die 18 Monate zeigten IG und KG eine signifikante Adaptation in ihrer Rolle als Hausfrau (p = 0.001). Die IG gab signifikant höhere Werte im Wiedererlangen von Entscheidungen über Haushaltsarbeiten an als die Kontrollgruppe (p = 0.01). Angehörige und Freunde besuchen gehen, verbesserte sich während der Studiendauer bei IG und KG (p = 0.08; nach 18 Monaten: IG 82.7%. KG 71.4%).	Stärken: Studie untersucht wichtiges Thema; Angabe von Cronbachs α für Instrumente Schwächen: Studie durch Einzelperson durchgeführt; ungenügende Beschreibung der Methode (fehlende Angabe zu Verblindung und Ethikkommission, Datenanalyse sehr knapp), der ST und Resultate Evidenzstufe¹⁶: IIb

¹⁴ Patient Evaluation System of Sequential Instruction (PESSI) ist ein durch Pflegenden präsentiertes, den Patienten angepasstes Instruktionsprogramm für Lebensstil-Änderungen und Adaptionen

¹⁵ tieferer Wert bedeutet grössere Adaptation

¹⁶ nach Polit und Beck (2012)

Tabelle 16: Psychological interventions for coronary heart disease (Review)

Autor, Jg, Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Intervention	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen, Evidenzstufe
Whalley, Rees, Davies, Bennett, Ebrahim, Liu, West, Moxham, Thompson, Taylor (2011) Gross-britannien	Aktualisieren der existierenden Cochrane Review zur 1) Bestimmung des unabhängigen Effektes psychologischer Interventionen bei Patienten und Patientinnen mit KHK. Hauptsächlich gemessene Resultate waren Depression, Angst, totale oder kardiale Mortalität und Morbidität. 2) Untersuchung der Vorhersage für den Einfluss dieser Interventionen. Design: Systematische Review mit Metaanalyse	Datenbanken und Register: Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Health Technology Assessment, Abstracts of Reviews of Effects, NHS Centre for Reviews and Dissemination, Web of Science Zeitperiode: Update von 2001 - 2009 24 RCT	Auswahl der Studien durch 2 Autoren. Datenextraktion und Gegenprobe durch 2 verschiedene, unabhängig voneinander arbeitende Autoren. Uneinigkeiten im Konsens gelöst. Bei fehlenden Informationen Autoren der Primärstudien kontaktiert. Einschätzung der Verzerrungsgefahr und damit Studienqualität anhand eines Instrumentes der Cochrane Collaboration.	Durch psychologische Interventionen signifikante Verbesserung der Depressionswerte: SMD -0.21 (95% CI -0.35, -0.08) (Heterogenität: $\text{Chi}^2 (11) = 36.36, \text{df}^{17} = 11, P = 0.0001, I^2 = 70\%$) und Angstwerte: SMD -0.25 (95% CI -0.48, -0.03) (Heterogenität: $\text{Chi}^2 (7) = 24.57, \text{df} = 11, P = 0.0009, I^2 = 72\%$). Die Effektstärke der Interventionen auf Depressionswerte wurde erhöht, wenn die Interventionen auf die Veränderung des <i>Typ A-Verhaltens</i> abzielten ($\beta = -0.32, p = 0.03$) Negative Auswirkung auf die Effektstärke zeigte sich, wenn die Intervention klientenzentrierte <i>Diskussion und emotionale Unterstützung</i> ($\beta = 0.31, p < 0.01$) und Beteiligung der <i>Angehörigen</i> ($\beta = 0.26, p < 0.01$) beinhaltete.	Stärken: klares methodisches Vorgehen; umfassende Literaturrecherche; sehr grosses Sample; Einschluss der RCTs nach Studienbeurteilung durch 2 Forscher; umfassende und gut verständliche Dokumentation; sehr sorgfältige systematische Review Schwächen: Studien mit Follow-Up < 6 Monate wurden nicht berücksichtigt, mehrere Studien haben eher quasi-randomisiertes Design als RCT Evidenzstufe nach Polit und Beck (2012): Ia

¹⁷ Freiheitsgrade (df)

5.2 Synthese der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel sind die Ergebnisse zusammengeführt und in sechs Kategorien gegliedert. Die Bildung der Kategorien erfolgte aufgrund der Interventionen, da die Fragestellung explizit nach diesen fragt. Aus demselben Grund sind auch die Interventionen der Studien beschrieben. Zu Beginn jedes Kapitels erfolgt ein Vergleich der durchgeführten Interventionen und deren mögliche Wirkung im Kontext des SOC. Danach folgen Beschreibungen der Intervention und deren Ergebnisse. Tabelle 15 gibt einen Überblick der Kategorien, Studien und den jeweiligen Wirkungen. Die systematische Review von Whalley et al. (2011) ist in drei Kategorien vertreten, da die eingeschlossenen Studien mehrere Interventionsarten beinhalteten.

Tabelle 17: Interventionen und ihre Wirkungen

INTERVENTION	STÄRKUNG DES SOC DURCH GEFÖRDERTE GEFÜHLE DER	EFFEKT	STUDIE
Gruppenberatung	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Signifikante Verbesserung der Depressions- und Angstwerte .	Whalley et al. (2011)
	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Angstwerte, Typ-A- und Typ-D-Verhalten nahmen signifikant ab. Depressionswerte und SOC verbesserten sich nicht signifikant.	Orth-Gomér (2012)
	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Nichtsignifikante Abnahme von milder bis sehr starker Depression, Angst und Stress . (Selbsteinschätzung der ST) Nennung des Nutzens von Unterstützung und unterstützender Schulung .	Davidson et al. (2008)
	Verstehbarkeit, Handhabbarkeit & Bedeutsamkeit	Angabe von höherem Selbstwertgefühl und bessere Selbstwahrnehmung.	Bowers & Buchanan (2007)
Gruppenberatung kombiniert mit Einzelberatung	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Signifikante Verbesserung der Depressions- und Angstwerte .	Whalley et al. (2011)
	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Signifikante Abnahme von depressiven Symptomen .	Beckie et al. (2011)
	Verstehbarkeit, Handhabbarkeit & Bedeutsamkeit	Nennung von höherem Selbstwertgefühl und verbessertem Gemütszustand .	Bohn et al. (2000)
Einzelberatung	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Signifikante Verbesserung der Depressions- und Angstwerte .	Whalley et al. (2011)
Hausbesuche	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Signifikante Verbesserung der Depressions- und Angstwerte .	Whalley et al. (2011)
	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Signifikant weniger Stressreduktion bei Frauen. Zeigten die Interventionen Erfolg bezüglich Stressreduktion, hielt dies auch in den nächsten 2 Monaten an. Stressreduktion wirkte sich signifikant auf Werte der Depressions- und Angstskala auf.	Cosette et al. (2001)

INTERVENTION	STÄRKUNG DES SOC DURCH GEFÖRDERTE GEFÜHLE DER	EFFEKT	STUDIE
Hausbesuche	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Zuhören, Bestätigen/Ermutigen bewirkten bei diversen Problemen eine signifikante Stressreduktion , kognitive resp. edukative nur bei kognitiv-psychologischen Schwierigkeiten, resp. Problemen mit Ehepartner. ¹⁸	Cosette et al. (2002)
	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Signifikante Verbesserung im Wiedererlangen von Entscheidungen über Hausarbeiten. Unabhängig der Intervention verbesserte sich die Rollen-Adaptation als Familienmitglied, Hausfrau, Bewältigung des Verlustes der Mutter-/Betreuer-Rolle, Besuchen von Angehörige und Freunde nahm zu.	Varvaro (2000)
Follow-Up-Anrufe	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Marginal signifikante Abnahme von Angst- Symptome . Ein Vergleich zwischen den Frauen in IG und KG zeigt, dass sich nach 1 Jahr praktisch keine Frauen in der IG bezüglich ihren SCL- und CES-Werten verschlechterten.	Mittag (2006)
	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Unabhängig von der Intervention signifikante Verbesserung über 3 Monate der gesamtpsychosoziale Anpassung an die KH, von Angst und Depression .	Gallagher et al. (2003)
	Verstehbarkeit & Handhabbarkeit	Die Peer-Beratung zeigte bezüglich Selbstwirksamkeit und Genesungsverhalten die grösste Veränderung, die APN-Beratung bewirkte bezüglich mentaler Gesundheit die deutlichste Veränderung, beides ohne Signifikanz.	Carroll & Rankin (2005)
Musik	Handhabbarkeit	Signifikante Abnahme von psychischem Stress und Angst .	Bradt et al. (2013)

¹⁸ enthält Korrekturen vom Februar 2015

5.2.1 Gruppenberatung

Mit Ausnahme der in der systematischen Review von Whalley et al. (2011) untersuchten Gruppenberatungen fanden alle in frauenspezifischen Gruppen statt. Bowers und Buchanan (2007), Davidson et al. (2008) und Orth-Gomér (2012) erwähnen nicht, ob die Gesprächsleiterinnen oder Gesprächsleiter weiblich oder männlich waren. Einige der Forscherinnen und Forscher nennen die den Beratungen zugrundeliegenden psychologischen Modelle. So beziehen sich Bowers und Buchanan (2007) auf die geführte Autobiografie (GA) nach Birren und Deutchman. Dieser narrative Ansatz kann das Gefühl der Verstehbarkeit und der Bedeutsamkeit des SOC stärken. Davidson et al. (2008) bezieht sich auf Schulman, Orth-Gomér (2012) führt keine bestimmte Theorie als Grundlage an. Die informationsreichen Gruppenberatungen bei Davidson et al. (2008) und Orth-Gomér (2012) können das Gefühl der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit des SOC steigern. Die in der systematischen Review von Whalley et al. (2011) beinhalteten Studien zielen ebenfalls auf die Verstärkung des Gefühls der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit des SOC. Whalley et al. (2011), Davidson et al. (2008) und Orth-Gomér (2012) untersuchten alle die Wirkung der Gruppenberatung auf Angst und Depression. Orth-Gomér (2012) erforschte zusätzlich als Outcome Typ-A- und Typ-D-Verhalten und den SOC. Davidson et al. (2008) hingegen analysierten zu Depression und Angst noch die Auswirkung ihrer Studie auf Stress. Durch das Mixed-methods-Studiendesign untersuchten sie zusätzlich qualitative Daten. Daraus ergab sich unter anderem der Nutzen von Unterstützung und von unterstützender Schulung. Bowers und Buchanan (2007) extrahierten mit ihrem qualitativen Design Aussagen über die Auswirkungen der Beratung. Die Frauen nannten die Teilnahme an einer GA-Gruppe "heilend", "therapeutisch", "selbstbestätigend", "bestätigend" und "empathisch". Bowers und Buchanan (2007) nennen als dominantes Thema in den GA-Sitzungen das Verlusterlebnis. Die betroffenen Frauen nannten physischen und emotionalen Verlust, der zweite bezog sich unter anderem auf Rollenverlust.

In der systematischen Review von Whalley et al. (2011) sind die Ergebnisse gendergemischt. Dreizehn Studien untersuchten Gruppentherapiesitzungen als Intervention. Es fehlen Angaben, ob die Gruppen gendergemischt waren oder nicht. Die Gruppeninterventionen in den verschiedenen Studien beinhalteten unter anderem folgende Elemente: Entspannungstechniken, Selbstwahrnehmung oder Selbstbeobachtung, emotionale Unterstützung oder klientengeleitete Diskussionen, Anleitung zur erfolgreichen Verhaltensänderung, kognitive Techniken, Hausaufgaben. Einige der Studien bezogen die Familien mit ein, in anderen wurden sie explizit

ausgeschlossen. Whalley et al. (2011) untersuchten alle Interventionen zusammen und unterschieden nicht zwischen Gruppen- und Einzeltherapie. Sie wiesen eine signifikante Reduzierung von Depression (SMD) -0.21 (95% CI -0.35, -0.08)) (Heterogenität: Chi^2 (11) = 36.36, df = 11, P = 0.0001, I^2 = 70%) und Angst (SMD -0.25 (95% CI -0.48, -0.03)) (Heterogenität: Chi^2 (7) = 24.57, df = 11, P = 0.0009, I^2 = 72%) nach. Bei beiden Resultaten ist allerdings die signifikante Heterogenität zu beachten. Whalley et al. (2011) fanden heraus, dass die Effektstärke der Interventionen auf Depressionswerte erhöht wurde, wenn die Interventionen auf die Veränderung des Typ A-Verhaltens abzielten (β = -0.32, p = 0.03). Hingegen zeigte sich ein negativer Effekt auf Depressionswerte, wenn die Interventionen klientenzentrierte Diskussion und emotionale Unterstützung (β = 0.31, p < 0.01) und Beteiligung der Angehörigen (β = 0.26, p < 0.01) beinhalteten. Aufgrund der Evidenzstufe Ia nach Polit und Beck (2012), ihrem klaren methodischen Vorgehen und dem grossen Sample hat die systematische Review von Whalley et al. (2011) eine grosse Aussagekraft.

Orth-Gomér (2012) zieht aus ihrer Studie die Schlussfolgerung, dass Frauen von gendergetrennten Gruppen profitieren, da der Ursprung und die Art der Stressoren sich unterscheiden. In den Gruppensitzungen fand ein Verhaltens-Interventionsprogramm statt. Dessen Inhalt betraf in den Frauengruppen Stressoren, die in erster Linie Frauen betreffen. Teil der Intervention waren Entspannungsübungen. Jede der ersten 13 Sitzungen hatte ein bestimmtes Thema, wie Psychosozialer Stress und physiologische Stressantwort, Ärger und Feindseligkeit als Antwort auf tägliche Stress-Aussetzung, Probleme lösen und kognitive Strategien, individuelles Stressverhalten, Sorge/Depression/Angst/Niedergeschlagenheit/Typ-D-Verhalten, alltägliche Konfliktsituationen, positive und negative Emotionen, tägliches Durchführen von entspannendem Verhalten (bewusst langsam gehen, andere Menschen anlächeln, auf der Autobahn bewusst nicht überholen, an einer Kasse bewusst die langsamste Kolonne auswählen). Sechs Sitzungen waren für Repetitionen reserviert. Ein Beispiel einer kognitiven Verhaltensstrategie betreffend einer Reaktion auf Ärger ist "der Haken". Die ST bekommen die Aufforderung sich vorzustellen, ein Fisch zu sein und den Stressor als "Haken" wahrzunehmen. Darauf haben sie die Wahl zuzubeissen (das heisst ärgerlich oder irritiert zu werden) oder das Beissen zu unterlassen. Diskussionsstil war in den Frauen- und Männergruppen unterschiedlich. Die Frauen diskutierten offener und persönlicher. Obwohl alle Frauen einer Erwerbsarbeit nachgingen, wurden familiäre Angelegenheiten häufiger genannt als Arbeitsplatz-Themen. Alle ST gaben vor der Studie einen hohen psychosozialen Stress an. Im Laufe der Studie nahmen depressive, Angst- und Stress-Symptome bei den Frauen stärker ab als bei den

Männern. Alle Resultate ausser jenem der depressiven Symptome waren bei den Frauen signifikant. Der Effekt auf die psychosozialen Parameter war bei den Frauen grösser als bei den Männern, auch nach Kontrolle von Differenzen bei den Baseline-Werten. Alltäglicher Stress, in dieser Studien auch als Typ-A-Verhalten bezeichnet, nahm im Laufe der Studie signifikant ab ($M = 49.5 \pm SD = 9.1$ zu 40.4 ± 7.1 ($p = 0.001$)). Auch die Angst-Werte nahmen signifikant ab (9.5 ± 5.0 zu 6.6 ± 4.9 , $p = 0.002$), zu Beginn der Studie waren die gemessenen Angstwerte hoch und nahmen dann ab. Typ-D-Verhalten nahm auch signifikant ab (29.9 ± 11.3 zu 24.7 ± 9.2 ($p = 0.04$)). Depressive Gedanken veränderten sich nicht in dieser Zeit (4.5 ± 3.6 zu 3.8 ± 3.5). Der SOC veränderte sich nicht signifikant bei den Frauen (53.9 ± 6.2 zu 57.2 ± 8.3). Orth-Gomér (2012) erwähnt die Möglichkeit, dass die nachgewiesenen Verbesserungen ein zeitlicher Effekt unabhängig der Intervention sein könnten, da das Studiendesign ohne Kontrollgruppe war. Sie beschreibt weiter, dass auf der HAD-Skala bei gesunden ST die Werte sich im Laufe der Zeit verändern. Vor allem Angstwerte nehmen mit der Zeit ab, hingegen bleiben die Depressionswerte eher stabil. Die Studie von Orth-Gomér (2012) hinterlässt einen zwiespältigen Eindruck, weil die Methode mangelhaft beschrieben ist und sich die Publikation bei zwei Aussagen widerspricht (Anzahl genderspezifischen Gruppen und signifikantes Resultat der Lebensleiter). Andererseits sind die Intervention und Resultate aussagekräftig beschrieben und besitzen daher eine gute Übertragbarkeit.

Davidson et al. (2008) untersuchte Gruppensitzungen, die auf einem Modell der gegenseitigen Hilfe nach Schulman basierten. Die ST unterstützten sich gegenseitig im Diskutieren und Aufzeigen von anderen Perspektiven bei genannten Themen und Problemen. Sie teilten miteinander Informationen, ähnliche Erfahrungen, Empfindungen, Ansichten und Probleme, gemeinsame Unterstützung und individuelle Problemlösungen. Die Sitzungen enthielten aber auch direktive Anteile mit dem Ziel, positive Verhaltensänderungen zu erreichen. Die Sitzungen begünstigten Schulung und Bewusstsein, soziale Unterstützung und Strategien zur Verhaltensänderung. Sie beinhalteten unter anderem folgende Themen: "Bewältigung der vielfältigen und wechselnden Rollen", "Depression und Angst: Kenntnis und Bewusstsein der Anzeichen" und "Umgang mit Herausforderung und Stress". Die Intervention hatte keine signifikanten Resultate zur Folge. Die Selbsteinschätzung von Angst, Depression und Stress nahmen nicht signifikant ab, ebenso deren Schweregrad. Vor der Intervention gaben einige ST äusserst schwere Depressionen und grossen Stress an. Nach der Gruppenintervention gab keine ST mehr diesen Schweregrad an. Hier ist einzuwenden, dass nur 58 % der ST den Post-Programm-Fragebogen retournierten.

Dadurch könnte eine Verzerrung zum Positiven hin erfolgt sein. Aus den qualitativen Daten ergab sich unter anderem das Thema Vorteil von Unterstützung und unterstützender Schulung. Die Frauen erklärten, dass sie in der Gruppe in einer anderen Art über kardiale Themen sprechen konnten als mit Angehörigen oder ihren Freunden. Die Frauen waren in den kleinen genderspezifischen Gruppen zu freier Diskussion fähig. Sie diskutierten Probleme, welche Frauen nach einer kardialen Diagnose antreffen oder die weibliche Gesundheit betreffend, wie zum Beispiel Inkontinenz. Sie diskutierten die Schwierigkeiten, die sie in der Kommunikation mit ihren Ehemännern erlebten. Aufgrund dieser offenen Diskussionen liessen bei mehreren Frauen Gefühle von Angst und Einsamkeit nach. Stattdessen fühlten sich die Frauen bestätigt, dass sie nicht alleine sind mit ihren Sorgen und Herausforderungen. Teilweise stellten Frauen negative Überzeugungen von anderen ST in Frage, was deren Empowerment förderte. Die Studie von Davidson et al. (2008) ist aufgrund der tiefen Rücklaufquote des Endfragebogens (58%, n = 28) verzerrungsanfällig. Die Angaben zum qualitativen Teil der Mixed-methods-Studie sind mangelhaft. Dieses Design ermöglicht aber ein breites Erfassen des untersuchten Phänomens und wichtige Aussagen.

Bowers und Buchanan (2007) wandten in ihrer qualitativen Studie Interventionen nach dem GA-Ansatz an. Die Gruppensitzungen fanden zu folgenden sechs Themen statt: Gesundheit und Erfahrung durch MI, Lebenswerk und die Auswirkung von MI, Bedeutende Beziehungen, Selbst-Fürsorge und Stressmanagement, Bedenken über Tod und Sterben, Persönliche Geschichte über Bedeutung der Krankheit und Genesung. ST schrieben zu Hause einen autobiografischen Bericht über das jeweilige Thema. Diesen Bericht lasen die ST den anderen vor und bekamen deren Rückmeldungen über ausgelöste Gefühle, Gedanken, Eindrücke oder Reaktionen. Gemäss Birren und Deutchman ist das gegenseitige Teilen von persönlich bedeutsamen Erfahrungen eine kraftvolle Eigenschaft des GA-Prozesses. Die ST äusserten ein durch die Intervention gesteigertes Selbstwertgefühl. Sie nannten die Gruppensitzungen "healing", "therapeutic", "self-valuing", "validating" und "empathic". Die Frauen konnten in der Gruppe ihre Ängste und Verluste erkunden. Durch den Gruppenprozess konnten sie dem Erleben ihres MI eine Bedeutung geben und eine ihre Selbstwahrnehmung anpassen. Die Betroffenen hatten in der Gruppe einen Ort für die Erforschung der im Mittelpunkt ihrer kardialen Krankheitserfahrung und Genesung liegenden emotionalen Auseinandersetzungen und Beziehungs-Konflikte. Die Frauen wurden in medizinischen Settings beim Erwähnen dieser Konflikte häufig zum Schweigen gebracht. Die Studie von Bowers und Buchanan (2007) ergibt ein

umfassendes Bild der untersuchten Thematik. Obwohl Datensättigung nicht erwähnt ist, besitzt die Studie durch Triangulation und externe Überprüfung hohe Glaubwürdigkeit und durch starke Methodik und punktuelle Zitate gute Übertragbarkeit.

5.2.2 Gruppenberatung kombiniert mit Einzelberatung

Whalley et al. (2011), Beckie et al. (2011) und Bohn et al. (2000) untersuchten Gruppen- und Einzelberatung in Kombination. Die Gruppenberatung als Teil der Intervention bei Beckie et al. (2011) fand genderspezifisch statt. Die Einzelberatung bei Beckie et al. (2011) erfolgte nach den Ansätzen der motivierenden Gesprächsführung (MG) nach Miller und Rollnick und des transtheoretischen Modelles (TTM) von Prochaska. Bohn et al. (2000) führte eine Einzelfallstudie einer therapeutischen Konversation während einer Einzel- und einer Paarsitzung im Kontext des Krankheits-Überzeugungs-Modells nach Wright, Watson und Bell. Nur bei Bohn et al. (2000) ist die durchführende Person explizit als weiblich erwähnt. Die informationsreichen Gruppensitzungen und die auf Veränderung fokussierten Einzelberatung bei Beckie et al. (2011) streben eine Verstärkung des Gefühls der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit des SOC an. Bohn et al. (2000) steuerten mit der therapeutischen Konversation auf eine Vergrößerung des Gefühls der Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit hin. Whalley et al. (2011) untersuchte die Wirkung der Gruppenberatung auf Angst und Depression, Beckie et al. (2011) nur auf Depression. Bohn et al. (2000) beschreibt die Verbesserung ihres Selbstwertes und ihrer Stimmung.

Whalley et al. (2011) schlossen drei Studien mit kombinierter Gruppen- und Einzelberatung durch. Die kombinierten Interventionen in den drei Studien beinhalteten unter anderem folgende Elemente: Entspannungstechniken, Selbsterfahrung oder Selbstbeobachtung, emotionale Unterstützung oder klientengeleitete Diskussionen, Anleitung zur erfolgreichen Verhaltensänderung, kognitive Techniken, Hausaufgaben. Resultate der Interventionen siehe vorheriges Kapitel "Gruppenberatungen".

Die von *Beckie et al. (2011)* untersuchten psychoedukativen Lektionen fanden in reinen Frauengruppen statt. Die Beratungen fokussierten auf genderbasierenden Guidelines, Entspannungsübungen, soziale Unterstützung und Strategien zur Verhaltensänderung. Die drei Einzelberatungen pro ST in Woche eins, sechs und 12 erfolgten als psychotherapeutische Sitzung zur Verhaltensänderung. Sie basierten auf MG nach Miller und Rollnick und der Lehre des TTM von Prochaska. MG ist geprägt von einer Zusammenarbeit anstelle von Autorität, Hervorrufen intrinsischer Motivation und Anerkennen der Autonomie zu wählen. Die Betroffene verbalisiert Argumente zur Veränderung. Die Beraterin oder der Berater verstärkt mittels Methoden des MG die

Aussagen der Betroffenen über ihre Gründe und Notwendigkeit zur Veränderung. Das Ziel der Verstärkung ist die Zunahme der Verpflichtung zur Verhaltensänderung. Einen Tag nach der Einzelberatung fand ein Assessment statt. Von diesem bekamen die ST einen Bericht über ihr Stadium der Veränderungs-Motivation, ihrer Entscheidungs-Balance, Selbstwirksamkeit und ihres Veränderungsprozess (zum Beispiel zum Thema Stressmanagement). Berichte zeigten den individuellen Fortschritt auf und beinhalteten Vorschläge von stadiumspezifischen Strategien zur Motivation von weiteren Veränderungen. Begleitende Case Manager vertieften diese Strategien mit den betroffenen Frauen. IG und KG besuchten körperliches Training mit Aerobic und Kraftübungen. IG hatte Schulungen und physisches Training in festen Gruppen, die KG hatte die Gruppenintervention weder immer in derselben noch in einer genderspezifischen Gruppe. Die KG hatte keine Einzelberatung und kein Assessment. Beckie et al. (2011) wiesen eine signifikante Abnahme der depressiven Symptome in der IG nach. CES-D-Werte nahmen in der IG von der Baseline-Messung ($M = 17.3$, $SD = \pm 11.7$) zur post-interventionellen Erhebung (11.0 , ± 9.4) signifikant ab ($CI 0.95$; $p < 0.001$). Zum Zeitpunkt der Follow-Up-Messung nach sechs Monaten waren die CES-D-Werte wieder leicht angestiegen (13.0 , ± 9.9), sie blieben aber immer noch signifikant tiefer als bei der Baseline-Erhebung ($p < 0.001$). Die Teilnahme an den Trainings und Schulungen war in der IG höher als in der KG. Dies kontrollierten die Autorinnen und Autoren mit einem multiplen Regressionsmodell. Auch danach blieben die Resultate der IG signifikant. Die Interventionstreue war in der IG höher als in der KG (94% versus 83%). ST, welche die Follow-Up-Erhebung nicht retournierten, hatten einen signifikant höheren CES-D-Score bei der Baseline-Messung als jene, welche die Studie beendeten (25.2 ± 12.4 versus 16.9 ± 11.1 ; $p < 0.001$). Die Studie von Beckie et al. (2011) hat eine starke Aussagekraft aufgrund des starken Studiendesigns der aussagekräftig beschriebenen Methode. Sie hat ebenfalls eine gute Übertragbarkeit, da Sample und Intervention prägnant formuliert sind.

Bohn et al. (2000) beschreibt in ihrer Einzelfallstudie eine therapeutische Konversation im Kontext des Krankheits-Überzeugungs-Modells nach Wright, Watson und Bell. Die therapeutische Konversation beinhaltet die Identifikation und Einschätzung von und Intervention bei hemmenden Krankheits-Überzeugungen. Sie ist geprägt durch eine respektvolle, teilnehmende und nichthierarchische Beziehungsgestaltung. Die Familien werden nicht von der Gesprächsleiterin oder dem Gesprächsleiter verändert, ihnen werden Interventionen offeriert. Die Familien sind die Experten ihrer Erfahrungen, die Krankheits-Erzählungen werden gewürdigt. Familien werden durch Linsen betrachtet, die die Stärken der Familie aufspüren und zelebrieren. Wichtiges Element dieser therapeutischen Konversation ist häufiges Loben. In einem 15-

minütigen Gespräch soll die Beraterin oder der Berater mindestens zweimal die Familienmitglieder über eine individuelle oder familiäre Stärke loben. Ein Lob beinhaltet beobachtete Verhaltensmuster. Sie können wie folgt initiiert werden: "Ich muss Ihnen sagen, wie sehr ich beeindruckt bin, dass..." Die Einzelfallstudie von Bohn et al. (2000) handelt von einer 53-jährigen Frau mit MI-Diagnose. Sechs Wochen nach der Diagnosestellung fand die Einzelsitzung statt, drei Wochen später eine Sitzung zusammen mit ihrem Ehemann. Dazwischen bekam die Betroffene einen Brief, in dem ihre Leidenserfahrung anerkannt wurde und die ausgesprochenen Lobe wiederholt wurden. In der ersten Sitzung zeichnet die Betreuende ein Genogramm und erkundigt sich bei der betroffenen Frau, worüber sie am Meisten sprechen möchte (vergangene Angelegenheiten, die Geschichte ihres MI, die momentane Bewältigung oder eine ganz andere Sorge). Am Ende der Einzelsitzung sagt die betroffene Frau: "I think my self-esteem is up by 50%." Zu Beginn der zweiten Sitzung äusserte die Betroffene eine starke Verbesserung ihrer Stimmung und ihres Selbstwertgefühles: „I felt like a fly, now that's reversed, now I'm the big guy", "my confidence was so high, I could take on the world". Die Aussagekraft und Übertragbarkeit der Studie von Bohn et al. (2000) ist aufgrund ihres Designs und schwach beschriebener Methode eingeschränkt. Gleichwohl haben die Intervention und Zitate Aussagekraft.

5.2.3 Einzelberatung

Fünf Studien der bei *Whalley et al. (2011)* eingeschlossenen Studien untersuchten Einzelberatung als Intervention. Die Interventionen dieser Studien beinhalteten unter anderem folgende Elemente: Entspannungstechniken, Selbsterfahrung oder Selbstbeobachtung, emotionale Unterstützung oder klientengeleitete Diskussionen, Anleitung zur erfolgreichen Verhaltensänderung, kognitive Techniken, Hausaufgaben. Die Resultate sind im Kapitel 5.2.1 beschrieben.

5.2.4 Hausbesuche

Cossette et al. führten 2001 und 2002 eine Zweitanalyse einer Studie von Frasure-Smith et al. (1997) durch. Die Intervention in der Studien von Frasure-Smith et al. (1997) ist ein wiederkehrender Hausbesuch. Der zugrundeliegende theoretische Ansatz der Hausbesuche ist nicht beschrieben, ebenso wenig sind das Geschlecht der durchführenden Pflegenden genannt. Varvaros (2000) Ansatz beruht auf einem Instruktionsprogramm, dem PESSI-Pflegeprotokoll. Auch Whalley et al. (2011) schlossen eine Studie ein, die Hausbesuche durchführte. Frasure-Smith et al. (1997) und Varvaro (2000) zielten mit ihren Interventionen auf das Gefühl der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit im Kontext des SOC. Das Outcome von Whalley et al. (2011) ist

Angst- und Depressionsreduktion. Cossette et al. (2001 & 2002) zeigten partiell eine Stressreduktion auf. Varvaro (2000) wies eine Verbesserung im Wiedererlangen von Entscheiden im Haushalt nach.

Die systematische Review von *Whalley et al. (2011)* enthält auch eine Studie mit Hausbesuchen. Deren Teile waren kognitive Techniken, soziale Unterstützung und klientengeleitete Diskussionen. Die Resultate sind im Kapitel 5.2.1 beschrieben.

Die von *Cossette et al. (2001 & 2002)* extrahierten Daten der Studie von Frasure-Smith et al. (1997) untersuchten die im Folgenden beschriebene Intervention. Nach telefonischer Erfassung des GHQ mit \geq fünf Punkten erfolgte ein Hausbesuch durch eine kardiologisch erfahrene PP. Die Hausbesuche wurden weitergeführt, bis die Stresserfassungsdokumentation Normalwerte aufzeigte (das heisst < 5) oder die PP keine weiteren Besuche für notwendig hielt. Während des ersten Besuches erkundete sich die Pflegende nach einem breiten Spektrum an möglichen Stressoren und Problemen, um den Grund des erhöhten GHQ-Wertes herauszufinden. Ebenfalls während des ersten Hausbesuches schulte die PP die betroffene Person über kardiale Erkrankungen oder deren Behandlung und vereinbarte einen zweiten Besuch im nächsten Monat. Die Pflegenden hinterliessen eine Telefonnummer des Projektes, dass die Betroffenen eine mögliche Anlaufstelle hatten. Die Hausbesuche beinhalteten die Interventionen emotionale Unterstützung, Bestätigung, Edukation, praktische Ratschläge, Überweisung zu anderen Gesundheitsdiensten. Die Zweitanalyse von *Cossette et al. (2001 & 2002)* erfolgte nach zwei Hausbesuchen. Frauen hatten in der Studie von 2001 signifikant weniger stressmindernde Veränderungen. Zeigten die Interventionen allerdings Erfolge bezüglich der Stressreduktion, hielt der Erfolg bei Frauen auch die nächsten zwei Monate marginal signifikant an. Nach einem Jahr hatten Patientinnen und Patienten mit erfolgreichem Stress-Score-Outcome im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit nicht erfolgreichem Stress-Score-Outcome signifikant tiefere Depressionswerte auf der BDI-Depressionsskala. Nur wenige Frauen und Männer mit kurzfristig erfolgreichem GHQ-Outcome hatten nach einem Jahr BDI-Werte ≥ 10 , ($p = < 0.001$). Ebenso hatten signifikant weniger Patientinnen und Patienten Werte im oberen Quartil auf der S-STAI-Angstskala ($p = < 0.001$).

In der Zweitanalyse von Frasure-Smith et al. (1997) durch *Cossette et al. (2002)* zeigten hauptsächlich die Interventionen Zuhören und Bestätigen/Ermutigen eine signifikante Stressreduktion. Zuhören zeigte Signifikanz bei der Anwendung bezüglich Problemen mit nicht kardialen Krankheitssymptomen wie Angst/Depression (marginal positiv), Problemen bezüglich BD oder Therapiebelastung. Bestätigen resp. Ermutigen erwies sich als signifikant stressreduzierend bei Belastungen bezüglich Verantwortung

im Haushalt, Problemen bezogen auf die Risikofaktoren BD (marginal positiv), Gewicht und Typ-A-Verhalten.¹⁹

Einzig bei kognitiv psychologischen Symptomen (z. B. Vergesslichkeit) zeigte die kognitive Intervention eine signifikante Stressreduktion und die edukative Intervention nur bei Problemen mit den Ehepartnern. Alle anderen Interventionen ergaben keine signifikante Stressreduktion. Cossette et al. (2001) publizierten eine wertvolle Studie mit einem grossen Sample und guter Methodik. Allerdings fehlt die Datenauswertung der KG, womit die Aussagekraft bezüglich Interventionserfolg eingeschränkt ist. Die Studie von Cossette et al. (2002) zeichnet zusätzlich zum grossen Sample und der gut beschriebenen Methode eine hohe Durchführungsobjektivität aus.¹⁹

Varvaro (2000) untersucht den Einfluss der Intervention auf die von Bowers und Buchanan (2007) eindrücklich beschriebenen Verlusterfahrungen in der Familie, Partnerschaft, im Haushalt und Beruf, wie auch der Verlust der Unabhängigkeit und Fähigkeiten als Mutter, im Haushalt und/oder im Beruf. Bowers und Buchanan (2007) beschrieben, dass die betroffenen Frauen durch das von der Verlusterfahrung hervorgerufene Leiden in ihrer Lebensfähigkeit eingeschränkt waren. Und dass für eine erfolgreiche Genesung die Betroffenen ihre Lebensgeschichte über die Krankheits-erfahrung hinaus verstehen sollten. Varvaros Ansatz beruhte nicht wie bei Bowers und Buchanan (2007) auf Narration sondern auf Instruktionen, basierend auf dem PESSI-Pflegeprotokoll. Dies ist ein an Patienten gerichtetes Instruktionsprogramm über Lifestyle-Veränderung und -Adaptation. Der Fokus des PESSI-Programms liegt auf grösserem Wissen über kardiale Gesundheit im Zusammenhang mit der Adaptation der Rollenfunktion, wie auch der physiologischen und psychologischen Gesundheit.

IG und KG bekamen in den ersten neun Monaten nach ihrem MI einen Hausbesuch durch eine PP. Bei der IG erfolgten drei zusätzliche Hausbesuche nach dem PESSI-Protokoll. Die Instruktion enthielt Informationen über sich selber als Familienmitglied Verstehen, Anpassen und Bewältigen von Haushaltsarbeiten, Maximieren der Partnerrolle und Ermuntern zur Anpassung der Erwerbsarbeit. Über 18 Monate besserte sich mit und ohne die Intervention die Rollen-Adaptation als Familienmitglied (IG $M = 0.23$, $\pm SD = 0.61$, KG 0.37 , ± 0.87), Hausfrau ($p = 0.001$), Bewältigung des Verlustes der Mutter-/Betreuer-Rolle (IG 81.1%, KG 71.3%), Besuchen von Angehörigen und Freunden ($p = 0.08$; IG 82.7%. KG 71.4%) nahm ebenfalls zu. Beim Wiedererlangen eines Kontrollgefühls in der Familie war die prozentuale Adaptation der IG nach 18 Monaten 77.1% und in der KG 74.2%. Es zeigte sich keine Signifikanz

¹⁹ enthält Korrekturen vom Februar 2015

in der Adaptation über die 18 Monate ($p = 0.3$). Einzige signifikante Verbesserung der IG zur KG war das Wiedererlangen von Entscheidungen über Hausarbeiten ($p = 0.01$). Die Ergebnisse von Varvaro (2000) sind kaum verwertbar, da die Studie unsorgfältig dokumentiert ist und die Aussage der Autorin, dass eine erhöhte Adaptation der Interventionsgruppe bei der familiären Rolle über die 18 Monate stattfand, auch für die Kontrollgruppe gilt. Die Studie von Varvaro (2000) zeichnet sich durch einige Mängel aus, in der Beschreibung der Methode, ST und Resultate. Die Hauptaussage, dass IG über Studienzeit eine verbesserte Adaptation der Rolle als Familienmitglied hatte, gilt auch für KG, was auf einen Zeiteffekt hinweist.

5.2.5 Follow-Up-Anrufe

Die telefonische Intervention bei Gallagher et al. (2003) wurde durch eine der Forscherinnen durchgeführt. Mittag et al. (2006) und Carroll und Rankin (2005) erwähnen das Geschlecht der durchführenden Personen nicht. Die Konzepte hinter den Follow-Up-Telefonaten bei Mittag et al. (2006) sind unter anderem von Prochaska und Di Clemente Gallagher et al. (2003) berufen sich bei der den Interventionen zugrundeliegenden Theorie unter anderem auf Bandura. Carroll und Rankin (2005) berufen sich ebenfalls auf Banduras Konzept der Selbstwirksamkeit. Die Interventionen bei Mittag et al. (2006) und Gallagher et al. (2003) bezwecken eine Verbesserung der Gefühle der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit des SOC. Die Peer-Telefonate bei Carroll und Rankin (2005) können das Gefühl der Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit stärken, die APN-Anrufe hingegen das Gefühl der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit. Mittag et al. (2006) verminderten mit den Anrufen die Zunahme von Angst- und Depressions-Symptomen. Gallagher et al. (2003) konnten keinen Effekt ihrer Intervention nachweisen, aber über ein Jahr eine interventionsunabhängige Abnahme von Angst und Depression und eine Zunahme der gesamtpsychosozialen Anpassung. Carroll und Rankin (2005) wiesen nichtsignifikante Verbesserungen Selbstwirksamkeit, Genesungsverhalten und mentaler Gesundheit nach.

Mittag et al. (2006) untersuchten eine monatliche telefonische Beratung. Diese wurde während einem Jahr durch PP durchgeführt. Die Beratungen basierten auf dem kognitiven Verhaltens-Konzept von Prochaska und Di Clemente und gesundheitspsychologischen Konzept nach Rollnick et al. und Kanfer et al. Die Durchführung fand nach einem Leitfaden statt und enthielt individuell angepasste Beratung unter anderem zu Stressmanagement, psychosoziale und medizinische Belange. Die Resultate nach einem Jahr zeigten keinen Effekt der Intervention. Die Angst reduzierte sich bei den Frauen marginal ($p = 0.054$). Bei Depression zeigte sich keine Reduktion ($p = 0.53$).

Allerdings erhöhten sich in der IG bei signifikant weniger Frauen die Angst- ($p = 0.019$) und Depressions-Werte ($p = 0.046$). Die Studie von Mittag et al. (2006) hat einerseits eine hervorragende Methodik, andererseits variiert die Anzahl und Dauer der Telefonate stark, was die Interpretation der Resultate erschwert.

Gallagher et al. (2003) untersuchten die Wirkung von vier Follow-Up-Telefonaten in den ersten Tagen nach der Spitalentlassung, nach einer Woche, nach drei und sechs Wochen. Die Beratung fand nach dem Ansatz mehrerer Theorien statt, unter anderem von Bandura. Die Anrufe dauerten im Schnitt 30 Minuten. Sie waren einerseits auf individuell bevorzugte Coping-Strategien zugeschnitten, andererseits auch auf den häuslichen Kontext und das Anpassungsstadium der Probandinnen. Sie beinhalteten aber auch einen standardisierten Teil zur Einschätzung des physischen und psychologischen Status und zur gemeinsamen Selbstmanagement-Zielsetzung (unter anderem betreffend Stressreaktionen). Die in den Telefonaten angewendeten Strategien hatten zum Ziel, die Wahrnehmung von Kontrolle, Selbstvertrauen und sozialer Unterstützung in Bezug zur KH zu steigern. Elemente um dieses Ziel zu erreichen, waren Informationen zu KHK, das Setzen von kleinen, schrittweisen und angepassten Zielen, Bestätigen von Fortschritten, Anführen von positiven Vergleichen, empathisches Zuhören, Hilfe zur Neuinterpretation von Situationen, Interessezeigen an den alltäglichen Sorgen und Bekräftigen der Fähigkeiten im Bewältigen verschiedener Rollen und Beziehungen. Familiäre Teilnahme wurde angeregt, in Form von Telefonat-Vor- oder Nachbesprechung. Unabhängig von der Intervention verbesserten sich Angst ($p = 0.00$), Depression ($p = 0.00$) und die gesamtpsychosoziale Anpassung an die KH ($p = 0.00$) signifikant über die Zeitdauer von drei Monaten. Zwischen IG und KG gab es keinen Unterschied in der Besserung, die Intervention zeigte keine Wirkung. *Gallagher et al. (2003)* erarbeiteten Kriterien zur Vorhersage von schlechter psychosozialer Anpassung an KH (jünger als 55 Jahre), grösserer Angst (während der Genesung ein stressintensives Ereignis oder Rehospitalisation aus kardialen Gründen, arbeitslos oder pensioniert sein) und verstärkter Depression (gleiche Kriterien wie bei Angst und zusätzlich bereits vor dem kardialen Ereignis eine tiefe Wahrnehmung der KH-Kontrolle besitzen). Die Studie von *Gallagher et al. (2003)* überzeugt mit ihrer exakten Methodik, allerdings hatten nur 34% der ST die komplette Intervention. Dies schwächt etwas die Aussagekraft der Resultate.

Carroll und Rankin (2005) verglichen Follow-Up-Anrufe von Peer-Beratern und APN. Der theoretische Rahmen der Intervention liegt in Banduras Konzept der Selbstwirksamkeit. Die Peer-Berater nahmen Anteil an persönlichen Erfahrungen und Informationen, erwähnten aber keine klinischen Informationen oder Gesundheits-Bera-

tung. Die APN führten ein Coaching zur Stärkung der Selbstwirksamkeit durch. Die benutzten Techniken waren verbale Überzeugung, Edukation bei spezifischem Lernbedarf und Mitteilen von Strategien zur Handhabung von physischen Belastungszuständen, welche Symptome oder eine negative emotionale Befindlichkeit auslösen. Keine der Interventionen hatten eine signifikante Veränderungen der Selbstwirksamkeit (Change scores des ganzen Samples: $p = 0.80$), mentalen Gesundheit ($p = 0.92$) oder des Genesungsverhaltens ($p = 0.84$) zur Folge. Die Peer-Beratung zeigte bezüglich Selbstwirksamkeit und Genesungsverhalten die höchste Veränderung, die APN-Beratung bewirkte bezüglich der mentalen Gesundheit die deutlichste Veränderung. Die Studie von Carroll und Rankin (2005) hat eine äusserst knappe Beschreibung der Resultate, was die Durchführungsobjektivität einschränkt. Andererseits zeichnet sie sich durch übersichtliche Tabellen und reliable Messinstrumente aus.

5.2.6 Musik

Bradt et al. (2013) untersuchten die Stress- und Angstreduktion von genderunspezifischen Musikinterventionen. Diese können das Gefühl der Handhabbarkeit des SOC fördern. Singen, Musik hören oder spielen waren die Musikinterventionen. Dreiundzwanzig der Studien beinhalten Musik hören als Interventionen. Bei neun Studien dauerte dies 30 Minuten. Die Tonträger waren immer vorgegeben. In einigen Studien konnten Probanden aus einer vorgegebenen Auswahl wählen. Musikinterventionen haben bei Personen mit KHK einen positiven Effekt auf psychischen Stress ($P = 0.02$, $I^2 = 0\%$; $n = 228$) auf Angst ($P = 0.004$, $I^2 = 77\%$; $n = 353$). Bei dem Angst mindernden Effekt ist allerdings die signifikante Heterogenität zu beachten. Konnten die Probanden die Musik aus einer vorgegebenen Auswahl selber wählen, war der Angst mindernde Effekt noch grösser als in den KG ($P = 0.001$, $I^2 = 48\%$; $n = 144$). Bei Personen mit MI zeigten Musikinterventionen sogar eine noch stärkere Angst-Reduktion ($P < 0.00001$, $I^2 = 53\%$; $n = 243$). Auf depressive Verstimmung hatte Musik hören keinen statistischen Effekt ($P = 0.42$, $I^2 = 0\%$; $n = 217$). Die Stimmung verbesserte sich knapp nicht signifikant durch Musik hören ($P = 0.05$, $I^2 = 80\%$; $n = 97$). Die systematische Review von *Bradt et al. (2013)* zeichnet sich durch eine exakte Methodik und ein grosses Sample aus. Zu beachten ist die teils mässige Qualität der Primärstudien.

6 DISKUSSION

Alle interventionellen Studien hatten zum Ziel, die Risikofaktoren zu modifizieren, respektive die ST in der Adaption des Rollenverhaltens oder in ihrer Selbstwirksamkeit zu unterstützen. Die Studien divergieren in ihrem Interventionscharakter bezüglich Anzahl, Dauer und in den theoretischen Ansätzen der angewendeten Interventionen. Galagher et al. (2003) und Mittag et al. (2006) zeigen grosse Schwankungen der Interventionsanwendungen auf, welche die Ergebnisse beeinflussen können. Bei Cossette et al. (2001 & 2002), Carroll und Rankin (2006) sowie Mittag et al. (2006), und Varvaro (2000) ist die Durchführungsobjektivität trotz teilweise erwähnter Schulung, resp. Betreuung der involvierten Personen nicht vollständig gewährleistet. Dies liegt in der Art der Intervention (Hausbesuche, telefonische Beratung), sowie im individuellen Charakter der Beratungen. Das wenig erfreuliche Resultat der Studie von Cossette et al. (2001) erklären die gleichen Forscherinnen mit der zweiten Studie im Jahr 2002. Ein Teil der Interventionen entsprachen nicht den speziellen Bedürfnissen der Frauen, weshalb sie insgesamt signifikant weniger Erfolg zeigten. Cossette et al. (2002) erwähnen in ihren Schlussfolgerungen die Möglichkeit, dass geschlechtsspezifische, stereotype Reaktionen der Pflegenden auf die Patientinnen und Patienten für die genderspezifischen Unterschiede verantwortlich sein könnten. Bei der Betrachtung der signifikanten Resultate der Studie von Cossette et al. (2002) fällt auf, dass alle erfolgreichen Interventionen entweder darauf abzielten, die Frauen zu ermutigen oder ihnen Raum zum Sprechen zu geben. Sie dienten entweder zur Wissensvermittlung oder zur Förderung von Verständnis. Einzig die beratende Intervention hatte ein direktives Element, nämlich das Auffordern zu gemässiger Leistung. Cossette et al. (2002) geben die Erklärung, dass genderspezifische Unterschiede in der Krankheitserfahrung, in Entwicklungen, Weltanschauungen und Rollendifferenzen mit den folgenden Erfahrungen die andere Empfänglichkeit für die verschiedenen Behandlungsansätze erklären.

Bei den neun interventionellen Studien und zwei Reviews fällt auf, dass deren sechs keine signifikanten Ergebnisse aufzeigen. Hierfür liefert Frasure-Smith (2002) eine mögliche Erklärung. Sie zieht in Betracht, dass Follow-Up-Telefonate und Hausbesuche bei den Betroffenen durch die Informationen eine physisch-psychische Aufgeregtheit bis Angst bewirkten. Grund dafür sieht sie im Verdrängen als deren bevorzugtem Copingmuster. Mierzyńska et al. (2010) bemerken in ihrem Bericht, dass die Tendenz zum Verdrängen längerfristig zu weniger Therapie- und Rehabilitationsmotivation und Instruktionstreue führen. Auch Herrmann-Lingen et al. (2014) erwähnen, dass vor allem bei Menschen mit Typ-A-Verhalten nach dem MI ein mehr

oder weniger unbewusstes Verdrängungsmuster aktiviert wird, um die Überflutung durch Ängste zu verhindern. Es ist also möglich, dass aus Sicht der ST die Interventionen zwar kognitiv als notwendig angesehen wurden, sie deshalb auch der Teilnahme am Programm zustimmten, danach jedoch durch die Interventionen mit negativen Emotionen konfrontiert wurden. Die qualitativen Resultate von Davidson et al. (2008) bestätigen diese Aussage. Frauen berichteten, wie sie das Ausfüllen des MPSS-Fragebogens (Erfassungsinstrument zur Messung von emotionaler Unterstützung durch Angehörige und Freunde) traurig und weinerlich machte. Sie realisierten, dass ihnen die Unterstützung von Familie und Freunden fehlte. Für Davidson et al. (2008) ein Hinweis auf die Fragilität der Frauen nach MI. Es erscheint den Autorinnen wahrscheinlich, dass diese Fragilität auf verschiedenen Ebenen Auswirkung hatte und sich in den nichtsignifikanten Resultaten widerspiegelte. Die Studie von Weiss und Puntillo (2001) weist auf diese Fragilität, respektive Vulnerabilität, verbunden mit einer erhöhten Erregbarkeit des ANS.

Die Ergebnisse der Follow-Up-Telefonate sind höchstens marginal signifikant bezüglich einer Angstreduktion. Auch dies sehen die Autorinnen im oben erwähnten Zusammenhang. Die Studie von Gregory et al. (2006) zeigt jedoch auf, dass bei Pat. nach einem MI das Bedürfnis nach Langzeitbetreuung und -unterstützung besteht. Bezüglich Gestaltung und Inhalt waren sich die ST jedoch nicht einig. Werden hierzu die Ergebnisse von Cossette et al. (2002) beigezogen, so sehen die Autorinnen die Möglichkeit von Follow-Up-Telefonaten dennoch als praktikables niederschwelliges Unterstützungsangebot, wenn die Hilfestellungen individuell angepasst sind.

Die Autorinnen gehen nebst den qualitativen Ergebnissen der Studien vorwiegend auf die zwei Reviews und drei Studien mit signifikanten Resultaten näher ein (Beckie et al., 2006; Bradt et al., 2013; Cossette et al., 2002; Orth-Gomér, 2012; Whalley et al., 2011). Diese Studien weisen trotz Heterogenität folgende Gemeinsamkeiten auf: frauenspezifische Gruppen (Beckie et al., 2006; Orth-Gomér, 2012), Themen wie Förderung der Selbstwahrnehmung und Selbsterkenntnis (Orth-Gomér, 2012; Whalley et al., 2011) und Kommunikationsansätze, welche auf nicht direktiven, sondern kollaborativen Ansätzen basieren (wie Zuhören, Bestätigen/Ermutigen und Loben) (Beckie et al., 2006; Cossette et al., 2002).

Diese Erkenntnis deckt sich mit Herrmann-Lingen et al. (2014), welche festhalten, dass genderspezifische Unterschiede bezüglich emotionaler Relevanz und Verarbeitung einer Herzerkrankung auch unterschiedliche therapeutische Interventionsansätze brauchen. Auch Seeland (2012) hält in ihrer Publikation fest, dass die Berücksichtigung von Genderaspekten "zu einer individualisierten Medizin und damit zu einer

Verbesserung der klinischen Versorgung der Bevölkerung“ beiträgt (S.157). Nigl-Heim (2004) fordert eine grössere Gewichtung von Gender Care im Pflegealltag. Sie sieht in der gendersensiblen Pflege die Möglichkeit der Gestaltung einer an die Bedürfnisse der Geschlechter angepassten Pflege. Aus genderspezifischer Sicht lassen sich auch die Ergebnisse von Bowers und Buchanan (2007), sowie von Davidson et al. (2008) und Mendes et al. (2010) erklären, in denen die Frauen aussagten, wie wichtig ihnen der Austausch innerhalb der *Frauengruppe* war. Der gruppentherapeutische Ansatz als solches gibt den Frauen gemäss Herrmann-Lingen et al. (2014) den Raum, ihre neue Lebenssituation zu schildern, zu verstehen und verstanden zu werden. Die Studie von Davidson et al. (2008) unterstreicht dies mit folgenden Zitaten: “I thought I was the only one feeling like this”, “I find it difficult to make my doctor and family understand how I feel”. Bowers und Buchanan (2007) erkennen darin die Möglichkeit, die Komplexität ihrer Biographie mit den emotionalen und beziehungsbezogenen Konflikten zu reflektieren. Die signifikante Typ-D-Verhaltensänderung bei der Studie von Orth-Gomér (2012) unterstreicht den Benefit vom Austausch in Gruppen. Herrmann-Lingen et al. (2014) erwähnt, dass Frauen in einer Männergruppe häufig eine Kotherapeuten-Rolle übernehmen (S. 102). Büchner (2005) weist in ihrer Publikation darauf hin, dass in gemischtgeschlechtlichen Gruppen die männlichen Teilnehmer durch ihre "Prädominanz“ häufig ein "antitherapeutisches Klima“ entstehen lassen (S. 424). Den Autorinnen scheint es wichtig, unter dem Aspekt genderspezifische Gruppen die Patientinnen darin zu unterstützen, zur emotionalen Bewältigung den Austausch mit anderen von Infarkt betroffenen Frauen zu suchen. Falls ein solches Gruppenangebot nicht zur Verfügung steht, können die Frauen dazu ermutigt werden, den Kontakt zu Frauenbekanntschaften aus der Rehabilitationszeit weiterzukuipfen.

Der erfolgreiche therapeutische Ansatz der *Selbstwahrnehmung* und der *Selbsterkenntnisse* der Ergebnisse von Whalley et al. (2011) bekräftigt dieses Bedürfnis. Die Gleichartigkeit der Sozialisation mit ähnlichen Problematiken fördert das Selbstverständnis. Die signifikanten Ergebnisse von Orth-Gomér (2012) bezüglich Veränderung des Typ-A-Verhaltens erklären sich ebenfalls in diesem Zusammenhang. Der innerhüsliche Leistungsdruck von Familienfrauen kann besser von "gleichbetroffenen“ Frauen verstanden werden. Dies bestätigen die Aussagen von Frauen in der Studie von Davidson et al. (2008). Sie konnten in der Frauengruppe Bereiche ansprechen, welche sie in einer gemischten Gruppe nicht hätten ansprechen können, wie Kommunikationsprobleme mit dem Ehemann oder Inkontinenz.

Abschliessend zu den erfolgreichen gruppentherapeutischen Interventionen sehen die Autorinnen den verstehenden Ansatz von Orth-Gomér (2012) und Beckie et al. (2011) als besonders Erfolg versprechend an. Aus salutogenetischer Sicht ermöglicht dieser

Ansatz, Zusammenhänge zu erkennen. Dies fördert die Verstehbarkeit und somit auch die Handhabbarkeit der Auswirkungen des MIs (Siegrist, 2001). Bergmann et al. (2012) bekräftigen durch ihre Studie, dass nach MI die Verstehbarkeit als Teil des SOCs die grössere Wichtigkeit als Bedeutsamkeit hat. Verstehbarkeit ist das Werkzeug, um Probleme in der Rekonvaleszenz zu meistern (Bergman, Arestedt, et al., 2012; Bergman, Malm, et al., 2012).

Auch die *Kommunikationsansätze* der erfolgreichen Interventionen basieren auf nicht direktiven, nicht hierarchischen, kollaborativen, lobendenden und bestätigenden/ermutigenden Ansätzen. Im TTM von Prochaska und Di Clemente, welche Beckie et al. (2011) und Mittag et al. (2006) als theoretischen Ansatz wählten, und das Konzept der Selbstwirksamkeit von Bandura, auf welche sich Carroll und Rankin (2005) und Gallagher et al. (2003) beziehen, sind ermutigende, bestärkende Elemente Teil des Konzepts. Die von Beckie et al. (2011) verwendete MG nach Miller und Rollnick, das Selbstmanagement-Konzept von Kanfer et al., welches Mittag et al. (2006) als Konzept auswählten, sowie das von Bohn et al. (2003) erwähnte Krankheits-Überzeugungs-Modell nach Wright, Watson und Bell, beruhen auf einer kollaborativen, nicht direktiven und nicht hierarchischen Basis. Alle fünf Theorien haben den gemeinsamen Aspekt, dass sie das "Selbst" in den Mittelpunkt stellen. Die Einflussnahme auf Entscheidungen sollte minimiert werden. Die Resultate der Studien zeigen auf, dass diese Grundhaltungen erfolgsversprechend sind. Frauen sind Expertinnen für ihre Lebenshaltung und -gestaltung, sie kennen sich, ihre Stärken und Schwächen am besten. Dieses Expertenwissen gilt es zu anerkennen und in der Entscheidungsfindung zu integrieren. Auch Stewart et al. (2004) betonen die Wichtigkeit der individuellen gemeinsamen Entscheidungsfindung und sehen darin die Grundlage für eine höhere Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit, sowie ein besseres Gesundheitsverhalten.

Cossette et al. (2002) definieren die Intervention *Zuhören* als "sich auszudrücken und zum Reden ermutigen" (S. 483). Dies stellt die Narration in den Mittelpunkt der Betreuung von infarkt betroffenen Frauen. Ein Nebenergebnis der Studie von Mittag et al. (2006) unterstreicht dies. Die Auswertung der Daten ergab, dass die Follow-Up-Telefonate mit Frauen durchschnittlich länger dauerten, als mit Männern.

Die Intervention *Bestätigen/Ermutigen* wird gemäss Cosette et al. (2002) definiert als "Loben, Entscheidungsfindung bestärken, ermutigen, beruhigen, sowie auf Stärken und positive Aspekte hinweisen" (S. 483). Die Studie von Bohn et al. (2000) zeigt auf, dass unter anderem die Intervention *Loben*, sich positiv auf den Selbstwert und das Selbstvertrauen auswirkte. Auch wenn diese Einzelfallstudie eher eine schwache Aussagekraft besitzt, deutet sie in die richtige Richtung. Die von Bradt et al. (2013) erforschte stressreduzierende Wirkung von Musik deckt sich mit der Erfahrung einer

der Autorinnen auf der Intensivstation, als sich eine nach der Extubation kaum zu beruhigende Patientin mit MI durch Hören von der von ihr bevorzugten Klassischen Musik in eindrücklichster Weise entspannen konnte. Die Musik-Intervention hat bei entsprechender Patientenpräferenz im Akutsetting eine hohe Praktikabilität. Weiter sind die Interventionen aus den Studien von Cossette et al. (2002) und Bradt et al. (2013) im Akutsetting direkt anwendbar.

Dem MI geht durch übertriebene Leistungsansprüche häufig eine vitale Erschöpfung voraus. Deshalb sehen die Autorinnen die Notwendigkeit, bezüglich Äusserungen von ausgeprägter Müdigkeit und "Abgeschlagenheit" hellhörig zu sein. Wie Alsén et al. (2008) in ihrer qualitativen Studie erwähnen, scheint eine ausgeprägte Müdigkeit auch vier Monate nach dem MI-Ereignis eine erhebliche Belastung zu sein. Sie beeinträchtigte nebst der physischen, kognitiven und sozialen Funktionstüchtigkeit auch das emotionale Wohlbefinden. Lustlosigkeit, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit wurde von den ST beschrieben. Da sie die Ursache nicht kannten ("I'm tired and tired and tired and tired...I'm constantly tired...that's what I don't understand, why I'm so tired...I'm not the type to be so tired" (Alsén et al., S. 462), versuchten sie unterschiedliche mehr oder weniger erfolgreiche Coping- Strategien aus. Deshalb erscheint es den Autorinnen wichtig, die Patientinnen auf eine mögliche anhaltende Leistungseinschränkung vorzubereiten.

Es ist wichtig die Patientinnen zu ermutigen, vermehrt auf ihre Selbstfürsorge zu achten. Denn Frauen stehen nebst den vielfältigen Ansprüchen gegenüber sich selbst auch verschiedenen Ansprüchen seitens Familienangehörigen und Freunden gegenüber. Eine ST der Studie von Bergman und Berterö (2001) beschrieb folgendes: "It is always my husband, who is infirm, he needs and wants help with different things, but it should be done at once...then I become overstrained and angry.." (S.737). Pflegende können die Patientinnen dazu ermutigen, im Namen der Selbstfürsorge Grenzen wahrzunehmen und zu setzen. Herrmann-Lingen et al. (2014) erwähnt das "Saying no lovingly" als Interventionsoption (S.102).

Bergman, Arestedt, et al. (2012) bemerken in ihrer Studie über Verstehbarkeit und Handhabbarkeit, dass die Genesungszeit einem Lernprozess gleichkommt. Dieser Prozess erfordert Zeit und Einsatz und kann durch Rehabilitationsmassnahmen unterstützt werden. Rehabilitative Massnahmen bedeuten viel Effort, Geduld und Ausdauer. Die Patientinnen darüber zu informieren, ist gemäss Bergman und Berterö (2001) von grosser Wichtigkeit.

Die Frauen sollten für ein Rehabilitationsprogramm ermutigt werden, um ihre physische Leistungsfähigkeit zu optimieren (Caroll & Rankin, 2006). Die Inanspruchnahme einer

Rehabilitation erscheint auch Grande (2008) für Frauen sehr wichtig. Entsprechend ihren geäußerten Zielen (Unabhängigkeit in den Aktivitäten des Alltags, Erledigen von Haushaltspflichten, Wiederaufnahme der bezahlten Arbeit) und angesichts der Tatsache, dass Frauen unabhängig von Alter und Art der Aktivität weniger in körperliche Aktivitäten involviert sind, ist die Teilnahme an Rehabilitationsprogrammen als Sekundärprophylaxe und zur Steigerung der Lebensqualität unerlässlich.

Durch eine individuelle Bedürfnisabklärung und das Aufzeigen der unterschiedlichen Rehabilitationsmöglichkeiten können Pflegende die Frauen dabei unterstützen, sich für ein Rehabilitationsprogramm zu entscheiden. Es darf nicht vergessen gehen, ihnen allfällige Unterstützungsmöglichkeiten für die Angehörigen aufzuzeigen.

6.1 Wichtige Gesprächsthemen

In Betrachtung der signifikanten Ergebnisse stellen die Autorinnen fest, dass Gespräche die Grundlage aller Interventionen ist. Durch die kurze Aufenthaltszeit von MI-Betroffenen im Akutsetting sehen sie deshalb in der Fokussierung des pflegerischen Gesprächs die bedeutsamste Möglichkeit, den Frauen bei der emotionalen Bewältigung unterstützend zur Seite zu stehen. Es ermöglicht den Pflegenden, die Patientinnen in ihren Überzeugungen und Sinngebungen besser zu verstehen, wie Bowers und Buchanan (2007) beschreiben. Das Gespräch sollte im Sinne eines Dialogs auf gleicher Augenhöhe stattfinden, das heisst auf nicht hierarchischer Basis und das gegenseitige Expertenwissen wertschätzend. Die MG sollte in die Kommunikationstechnik integriert werden.

Frauen berichteten in verschiedenen Studien über ihre innere Stärke und Ressourcen, welche ihnen in schwierigen Lebenssituationen geholfen haben (Bowers & Buchanan, 2007; Kamm-Steigelman et al., 2006; Mendes et al., 2010). Eine ST aus Bowers und Buchanan (2007) berichtete, dass sie darauf bestand, sich nicht durch die Infarkterfahrung definieren zu lassen. Sie berief sich auf ihr Lebensprinzip "commitment and doing your best" (S. 83). Hilfreich für betroffene Frauen war gemäss Mendes et al. (2010), wenn sie an früheres erfolgreiches Coping erinnert wurden: "It's that I've been through worse in my lifetime. So I survived that, I can survive this...., so when it happens now I think back and I said, wow, I'm lucky, I'm allive!" (Mendes et al., 2010, S. 254). Bowers und Buchanan (2007), Kamm-Steigelmann et al. (2006) und Mendes et al. (2010) bestätigen in ihrer Studie die unterstützende Wirkung von Stärke und Trost durch die Familie, Freundeskreis und Religion. Eine Frau äusserte sich wie folgt: "I have a spiritual side that has helped me get through my heart attacks" (Mendes et al., 2010, S. 254). Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit sehen die Möglichkeit, im

Ansprechen von spirituellen Aspekten und, falls erwünscht, in der Vermittlung von Besuchen der Spitalseelsorge die Bewältigung zu unterstützen.

Grande (2008) erwähnt in ihrem Bericht die Schwierigkeit der Frauen, Ressourcen in Anspruch zu nehmen, dass aber die Berücksichtigung sozialer Ressourcen für die Krankheitsbewältigung und die Lebensgestaltung hochrelevant sind. Aufgrund der genderspezifischen Sozialisation sehen auch Mendes et al. (2010) die Notwendigkeit, die Frauen zu ermutigen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, sowie die Beziehung zur Familie und Freunden zu stärken. Zum Aufzeigen der Ressourcen kann das Zeichnen eines Genogramms hilfreich sein.

Die Autorinnen gehen mit Carroll und Rankin (2006) einig, dass vor allem für alleinstehende, ältere Frauen mit eingeschränkter sozialer Unterstützung die externe Ressourcenmobilisierung bedeutsam ist. Sie sollen die Frauen im Genesungsverlauf und im Erhalt ihrer Unabhängigkeit unterstützen. Vorübergehend können Spitexdienste und Mahlzeitendienste organisiert werden.

Bezüglich *familiärer Ressourcen* erscheinen den Autorinnen zwei Aspekte speziell erwähnenswert. Ein Risikofaktor für MI bei Frauen sind partnerschaftliche Probleme. Dieses Stresselement besteht auch während der Hospitalisation und kann gemäss Weiss und Puntillo (2001) aufgrund der erhöhten kardialen Vulnerabilität zu einer Aktivierung des Zentralnervensystems und physischen Erregungszuständen führen. Bestehen stressvolle Beziehungen, muss gemäss den Autorinnen der vorliegenden Arbeit sensitiv darauf geachtet werden, welche Bezugspersonen als Ressource zur Verfügung stehen.

Wenn das familiäre Netz die Fähigkeit hat, stabil und tragend zu sein, müssen dennoch folgende Überlegungen in die Pflegeplanung miteinbezogen werden. Ein lebensbedrohendes Ereignis wie der MI ist nicht nur für die betroffenen Frauen, sondern auch für ihre Angehörigen mit viel Stress verbunden. Ein MI kann das Familiengefüge unerwartet destabilisieren. Angesichts der engen Verbundenheit innerhalb des familiären Rahmens beeinflusst der Stress der Angehörigen auch das Wohlbefinden der Patientinnen. Deshalb gehen die Autorinnen mit van Horn et al. (2002) darin einig, dass nahe Angehörige in den Pflegeprozess miteinbezogen werden müssen. Wichtig ist ihre fortlaufende Information bezüglich Angst, Stimmungsschwankungen, bevorstehenden Rollenveränderungen mit den dazugehörigen Konsequenzen und den Herausforderungen bezüglich der Modifikation von Risikofaktoren. Frauen wie auch ihre Angehörigen sollten dazu ermutigt werden, bei Problemen externe Hilfe in Anspruch zu nehmen. Entsprechende Selbsthilfegruppen oder eine Familienberatung wären hier mögliche Unterstützungsressourcen (Van Horn, et al., 2002). Die

Autorinnen stimmen mit der Forderung von Bergman und Berterö (2001) überein, dass gemeinsame Gespräche zur Informationsvermittlung unabdingbar sind.

Frauen nach MI äusserten vielfach, nicht genügend informiert worden zu sein. Dieser *Informationsmangel* wurde durch verschiedene qualitative und quantitative Studien erfasst (Bergman & Berterö, 2001; Bowers & Buchanan, 2007; Hildingh et al., 2007; Stevens & Thomas, 2012; Stewart et al., 2004). Durch die Narration werden den Pflegenden die individuellen Informationsdefizite sichtbar gemacht. Stewart et al. (2004) erfasste informative Defizite bezüglich der Wahl über weitere Therapien, Unterstützungsmöglichkeiten der Familie bezüglich Lebensstilveränderungen, weiteren Verlauf des Gesundheitszustandes und der Rehabilitation. Für eine erfolgreiche Adhärenz ist es unabdingbar, den Frauen die individuell benötigten Informationen zukommen zu lassen. Einerseits ist es die Vermittlung von ärztlichen Informationen. Andererseits gilt es aber auch, mögliche Problemfelder während der Genesungszeit antizipierend zu thematisieren und Zusammenhänge zu verdeutlichen. Ein ausführliches Informationsschreiben mit den wichtigsten Schwerpunkten der Rekonvaleszenz sollte als zusätzliche Informationsressource für die Zeit nach dem Spitaliaustritt zur Verfügung gestellt werden. Dies wird gemäss Stewart et al. (2004) vor allem von den älteren Myokardbetroffenen in dieser Form gewünscht. Die schweizerische Herzstiftung stellt hierfür verschiedene Informationsbroschüren zur Verfügung.

Angesichts der Erkenntnisse, dass Verdrängungsmuster den Genesungsverlauf beeinflussen können, sehen die Autorinnen die Notwendigkeit, in den Gesprächen auf solche hellhörig zu sein. Diese Erkenntnisse treffen mit der Erfahrung einer Autorin überein. Durch eine zu frühe Thematisierung des MI-auslösenden Faktors wurde bei einer Patientin ein erneuter AP-Anfall ausgelöst. Der Schutz des Verdrängens war weggefallen. Angesichts der speziellen Vulnerabilität der MI-Betroffenen ist solch eine zusätzliche Sympathikusaktivierung zu vermeiden (Herrmann-Lingen, 2008). Auch wenn das Verdrängen gemäss Herrmann-Lingen et al. (2014) ein maladaptives Coping-Muster darstellt, so muss es zum Schutz der physischen und psychischen Integrität der Frauen als individuelles Coping-Muster er- und anerkannt werden. Einerseits gilt es, "katastrophisierende Aussagen" wie "wenn Sie so weitermachen, sind sie in einem halben Jahr tot" aufgrund einer zusätzlichen Destabilisierung zu vermeiden (S.56). Andererseits sollten bei einer erkannten Angstüberflutung mögliche Belastungen und die erhaltende Leistungsfähigkeit anerkannt und betont werden. Die Thematisierung von Angst sollte zum Ziel haben, einen Teil ihrer Bedrohlichkeit zu nehmen. Ein Nachfragen nach Angst im Sinne von betonen, dass Angst bei MI normal ist, kann gemäss Herrmann-Lingen et al. (2014) dazu führen, dass sich die Frauen mit

ihrer Angst nicht allein gelassen fühlen. Das Nachfragen entschärft die Situation, fördert ein Gefühl der Normalität und erhöht die Kontrollierbarkeit. Den Autorinnen ist es wichtig zu erwähnen, dass Pflegende die Grenzen ihrer Beratungstätigkeit gut wahrnehmen. Für notwendige psychologische Beratungen sollen entsprechende Dienste angefordert werden.

Die qualitative Studie von Bowers und Buchanan (2007) zeigt auf, dass die Frauen nach dem MI durch die Wahrnehmung von verschiedenen Verlusten in unterschiedlicher Intensität belastet waren. Verlust von Vertrauen und Hoffnung, aber auch der Leistungsfähigkeit. Diese Verlusterfahrung ging mit Stimmungsschwankungen und anderen Symptomen einher. Auch Herrmann-Lingen et al. (2014) attestiert, dass nach dem MI Verluste der körperlichen Integrität, möglicherweise auch des Urvertrauens anstehen. Diese Verluste müssen seiner Meinung nach betrauert werden, um das Selbstbild und das Gesundheitsverhalten revidieren zu können. Den Autorinnen erscheint es von Bedeutung, die Patientinnen auf die Eigenheiten der unterschiedlichen Phasen dieses Trauerprozesses mit den verschiedenen Stimmungsschwankungen aufmerksam zu machen. Wichtig ist auch, auf die zeitliche Dimension dieses Prozesses hinzuweisen und auf die Möglichkeit von professioneller Hilfe. Denn häufig vermischen sich Symptome des Trauerns, einer Fatigue, Überforderung und sich anbahnender Depression.

6.2 Interventionen im Kontext der Salutogenese

Aus salutogenetischer Sicht stellt ein MI als akute Lebensbedrohung ein Ereignis dar, welches für die betroffenen Frauen einen Spannungszustand erzeugt. Die extrahierten pflegerischen Interventionen zielen darauf ab, diesen Spannungszustand zu reduzieren, so dass er sich nicht in anhaltenden Stress umwandelt. Ein weiteres Ziel der Interventionen ist das Erhalten der psychischen Integrität.

Die Intervention Zuhören ermöglicht den Pflegenden, die Position der Frauen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu erkennen. Genderspezifische Widerstandsdefizite wie unzureichende Anerkennung der Haus- und Familienarbeit, nichtausgetragene Partnerschaftskonflikte, allfällige soziale Isolation (Hausarbeit, Witwenstand), Über- oder Unterforderungen, wie auch Informationsdefizite können im Gespräch erfasst werden. Im Gespräch können Pflegende auch mögliche Widerstandsressourcen, und das soziale Umfeld erkennen, welche bei der emotionalen Bewältigung des Infarktes unterstützend mobilisiert werden können. Die Integration von erworbenen Bewältigungsressourcen wirken gemäss Herrmann-Lingen (2008) supportiv, um das Trauma des MI ins Leben integrieren zu können.

Eine individuell angepasste Informations- und Wissensvermittlung wie auch das Aufzeigen von zur Verfügung stehenden Widerstandsressourcen trägt entscheidend dazu bei, die Verstehbarkeit zu erhöhen. Frauen werden dadurch befähigt ihre momentane Situation zu verstehen, aber auch die individuellen Zusammenhänge zum MI herzustellen. Da die Interventionen auch darauf abzielen, die Frauen antizipierend auf die bevorstehende Rekonvaleszenz vorzubereiten, unterstützen sie die Handhabbarkeit auf längerfristige Sicht. Die Verstehbarkeit fördert die Handhabbarkeit. Die Erkennung und das Aufzeigen der Ressourcen ermöglichen den Frauen, die Herausforderung des Infarktes als sinnvoll zu erachten, um Energie in die Bewältigung zu investieren. Die gemeinsame Zielformulierung lässt die motivationalen Aspekte sichtbar machen. Gemäss Antonovsky (1997) kann die Förderung der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit dazu beitragen, dass die betroffenen Frauen die vorerst überwältigenden und mit Stress assoziierten Aspekte des MI bewältigen können. Die extrahierten Interventionen tragen durch die Erhöhung der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit zu einem erfolgreichen Coping bei und tragen dazu bei, dass die Frauen in ihrem Kohärenzgefühl nicht destabilisiert werden. Die bewusste kollaborative Beziehungsgestaltung mit Betonung der gemeinsamen Entscheidungsfindung trägt dazu bei, dass sich die Frauen als eigenständige Persönlichkeit wahrgenommen fühlen und in sich selbst als kongruent erfahren können.

Pflegende können mit den genannten Interventionen und ihrer Beziehungsgestaltung dazu beitragen, den betroffenen Frauen das Werkzeug mitzugeben, um ein spannungsgeladenes Ereignis im besten Falle in eine sinngebende Herausforderung zu wandeln.

Es folgt eine graphische Darstellung mit der Zuordnung der Interventionen an den Wirkungsort des SOC.

Wirkung der Interventionen am SOC

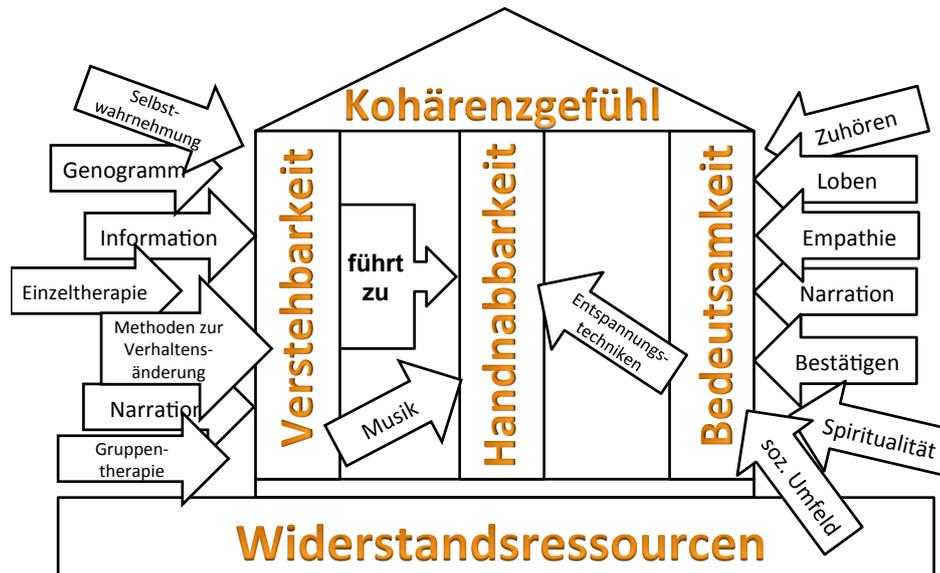


Abbildung 2: Wirkungsort der Interventionen am SOC

6.3 Stärken und Schwächen dieser Arbeit

Die ausgeweitete Literaturrecherche inkl. Handsuche durch beide Autorinnen ist eine Stärke dieser Arbeit. Durch den Einschluss von zwei qualitativen Studien (Bohn et al., 2003; Bowers & Buchanan, 2007) und einer Studie im Mixed-methods-Design (Davidson et al., 2008) ist die Sicht der betroffenen Frauen stark vertreten. Die Aussagekraft und Evidenz ist durch zwei systematische Reviews (Bradt et al., 2013; Whalley et al., 2011) gross. Die Ergebnisse sind mit zahlreichen aktuellen Studien und aktueller Literatur verglichen. Dies sind Stärken der vorliegenden Arbeit. Die zwei zuvor erwähnten systematischen Reviews unterscheiden die Resultate nicht nach Gender. Bei fünf der elf Studien ist die einschliessende Diagnose KHK, beziehungsweise ACS und nicht ausschliesslich MI (Beckie et al., 2011; Davidson et al., 2008; Gallagher et al., 2003; Mittag et al., 2006; Orth-Gomér, 2012). Dies schwächt die Aussage der Resultate bezüglich Frauen und MI. Die eingeschlossenen Studien sind aus verschiedenen Gesundheitswesen. Zwei Studien (Mittag et al., 2006; Orth-Gomér, 2012) wurden in Europa durchgeführt, die restlichen im englischsprachigen Raum. Dies limitiert die Übertragbarkeit auf das Schweizerische Gesundheitssystem. Mit Ausnahme der systematischen Review von Bradt et al. (2013) war das Setting der Studien

nicht im Akutspital sondern in der CR oder zu Hause. Dies schmälert die Aussage für das Akutsetting.

6.4 Beantwortung der Fragestellung

Die zu Beginn diese Arbeit gestellte Frage, welche pflegerischen Interventionen Frauen bei der emotionalen Bewältigung des Myokardinfarkts unterstützen, kann nach Bearbeitung der ausgewählten Studien und unter Berücksichtigung der Signifikanz wie folgt beantwortet werden:

Gruppentherapien oder Einzeltherapien, respektive die Kombination von Gruppen- und Einzeltherapien wirken unterstützend, indem sie Stress, Angst, Depression, Typ-A- und D-Verhalten reduzieren können. Frauenspezifische Gruppen werden als speziell unterstützend empfunden. Im Akutsetting sehen die Autorinnen die Initiierung eines psychiatrischen Konsils sowie die Empfehlung zur Gruppentherapie, resp. zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen als umsetzbare Intervention.

Die Implementierung der verwendeten methodischen Ansätze der Therapien in die Kommunikationstechnik, beispielsweise die MG, können die Autorinnen als unterstützende Intervention empfehlen, wie auch Interventionen, welche die Selbstwahrnehmung und die Selbsterkenntnis fördern. Die Ermutigung zum Erkennen und Setzen von Grenzen ist als stressreduzierende Intervention zu empfehlen.

Gespräche sind heilsam, fördern das Selbstbewusstsein und die Selbstwahrnehmung. Bestätigen und ermutigen sowie ehrliches Loben sollten bewusst in die Kommunikation eingeflochten werden. Eine nichthierarchische, kollaborative Beziehungsgestaltung fördert die Bewältigung. Unterstützend wirkt auch das Ansprechen von spirituellen Fragen oder die Vermittlung zu einem Gespräch mit dem Spitalseelsorger.

Zur Stressreduktion ist das Erlernen von kognitiven und entspannenden Techniken auch empfehlenswert. Musik hören, v.a. wenn die Patientinnen die Musik selbst auswählen können, ist eine im Akutsetting gut umsetzbare Intervention zur Stressreduktion.

Grosses Augenmerk sollte auf ein umfassendes Informationsmanagement gelegt werden. Das Aufzeigen von Zusammenhängen fördert ein zusätzliches Verständnis.

Unter salutogenetischem Aspekt und den Erkenntnissen der verwendeten Literatur sind die Ressourcenerkennung und -förderung, sowie die Ermutigung zur Annahme von externen Ressourcen bewältigungsfördernd.

Stressreduzierend wirkt auch die bewusste Angehörigenpflege.

7 SCHLUSSFOLGERUNGEN

7.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass betroffene Frauen im Akutsetting mit Genderbewusstsein gepflegt werden müssen. Dieses Bewusstsein stellt die Basis für eine erfolgreiche Genesung dar. Um die emotionale Belastung von Frauen mit MI zu nennen die Autorinnen folgende literaturgestützte Pflegeschwerpunkte.

Informationsdefizit: Täglich Zeitfenster für Gespräche mit den Patientinnen einplanen. Es sollen inhaltlich folgende Punkte thematisiert werden: aktuelles Befinden, Angst, Widerstandsressourcen sowie Widerstandsdefizite, soziales Umfeld, spezielle Problemkreise in der Familie. Im Verlauf des Spitalaufenthaltes sollen Rehabilitationsmöglichkeiten aufgezeigt und initiiert werden, mit speziellem Augenmerk bei alleinstehenden und alleinlebenden Patientinnen.

Vor Austritt soll ein gemeinsames Beratungsgespräch mit den Angehörigen mit entsprechendem Zeitfenster von 45 - 60 Minuten eingeplant werden. Spezielle Inhalte des Beratungsgesprächs sind Rollenveränderung mit den dazugehörigen Konsequenzen, Verlusterfahrungen mit möglichem Trauerprozess, Leistungseinschränkungen, Rehabilitation, Ermutigung zu Inanspruchnahme von innerfamiliärer und externer Unterstützung, Ermutigung zur Pflege von sozialen Kontakten inkl. Notfallnummern, Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Verhalten bei kardialen Problemen, medikamentöse Therapien mit den allfälligen Konsequenzen. Diese Schwerpunkte sollten in einem speziellen Informationsschreiben festgehalten und den Patientinnen mitgegeben werden.

Angst und Ungewissheit: Sensitives Ansprechen auf bestehende Ängste, und Befürchtungen. Allfällige Verdrängungsmuster müssen eruiert und berücksichtigt werden. Zusammenhänge sollen aufgezeigt werden. Anbieten von Musikhören, dabei individuelle Musikwünsche berücksichtigen.

Trauern: Patientinnen in einem allfälligen Trauerprozess phasengerecht unterstützen.

Selbstwahrnehmung/Selbstfürsorge: Die Patientinnen sollen ermutigt werden, physische und psychische Belastungsgrenzen zu erkennen und zu respektieren. Sie sollen auch dazu ermutigt werden, Grenzen zu setzen und diese mitzuteilen.

Leistungseinschränkung: Die Patientinnen sollen zu häufigen und kurzen Gehstrecken ermutigt werden. Sie sollen jedoch darauf hingewiesen werden, auf die Belastungsgrenzen zu achten und sich nicht zu überfordern. Zusammenhänge mit dem

physischen Zustand sollen erklärt und übertriebene Erwartungen revidiert werden. Ziel ist die Vermeidung von AP-Anfällen sowie Dyspnoe.

Belastung der Angehörigen: Die Angehörigen sollten bei jedem Besuch über den aktuellen Gesundheitszustand informiert werden. Zusätzlich sollen sie auf mögliche Probleme zu Hause angesprochen und auf Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden. Der Termin des Austrittsgesprächs soll rechtzeitig bekannt gegeben werden.

Bedürfnis nach Spiritualität: Gezielte Gespräche ermöglichen und/oder Spitalseelsorge vermitteln.

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

Die Kommunikation sollte auf Loben, Bestätigen und Ermutigen basieren. Die Kommunikationstechniken MG nach Miller und Rollnick und das TTM nach Prochaska und Di Clemente sollten zur Zielvereinbarung integriert werden. Die entsprechenden Schulungen der Pflegefachpersonen sollte vom Betrieb gefördert werden.

Die Einrichtung einer ambulanten Myokard-Pflegesprechstunde ist ebenfalls zu fördern. Die betreuende Pflegefachperson dieser Sprechstunde sollte bereits während des Spitalaufenthaltes Kontakt zu den Patientinnen aufnehmen. Regelmässige Follow Up- Gespräche sind nach 4, 8 und 12 Wochen sowie nach 6 Monaten zu terminieren. Sie sollen ein niederschwelliges Unterstützungsangebot darstellen, um allfällige Probleme eruieren und individuelle Unterstützung anbieten zu können.

7.2 Empfehlungen für die Forschung

Die Autorinnen haben in ihrer Literaturrecherche festgestellt, dass ein grosser Mangel an interventionellen Studien bezüglich Frauen mit MI im Akutsetting besteht. Sie empfehlen angesichts der genderspezifischen Unterschiede bezüglich Erleben und Auswirkungen diese Lücke zu schliessen. Die weitere Erforschung von frauenspezifischen Präferenzen in der Betreuung nach MI würde zu einer verbesserten Adhärenz der Frauen und somit zu einem besseren Outcome führen. Dies würde wiederum dazu beitragen können, Rehospitalisationen zu reduzieren. Ein Ereignis, welches gemäss Galagher et al. (2003) von den Frauen als sehr stressverbunden wahrgenommen wurde. Zudem würden die Autorinnen weitere Forschungs-bemühungen auf dem Gebiet von Genderbewusstsein in der Pflege als lohnenswert

erachten. Gemäss Nigl-Heim (2004) könnten ein gefördertes Genderbewusstsein und dessen Integration in den Pflegealltag zu einem besseren Abdecken der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten führen.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Aguilera, D. C., & Müller, R. (2000). *Krisenintervention: Grundlagen-Methoden-Anwendung*. Bern: Huber.
- 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.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. *Tübingen: Dgvt-Verlag*.
- Beckie, T. M. (2006). A behavior change intervention for women in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *21*(2), 146-153.
- 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.
- Bergman, E., Arestedt, K., Fridlund, B., Karlsson, J. E., & Malm, D. (2012). The impact of comprehensibility and sense of coherence in the recovery of patients with myocardial infarction: a long-term follow-up study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *11*(3), 276-283. doi: 10.1177/1474515111435607
- Bergman, E., & Berterö, C. (2001). You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of advanced nursing*, *36*(6), 733-741.
- Bergman, E., Malm, D., Ljungquist, B., Bertero, C., & Karlsson, J. E. (2012b). Meaningfulness is not the most important component for changes in sense of coherence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *11*(3), 331-338. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.05.005
- 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.

- 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.
- 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>
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (1994). *KVG; SR 832.10* Bern: Bundesverwaltung. Abgerufen 14.7.2014 <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.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.
- Dale, J., Caramlau, I. O., Lindenmeyer, A., & Williams, S. M. (2008). Peer support telephone calls for improving health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- 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., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., & Bourassa, M. G. (2002). Long-term survival differences among low-anxious, high-anxious and repressive copers enrolled in the Montreal heart attack readjustment trial. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 571-579.

Frasure-Smith, N., Lespérance, 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.

Galliker, M. (2009). *Psychologie der Gefühle und Bedürfnisse: Theorien, Erfahrungen, Kompetenzen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Grande, G. (2008). Genderspezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation nach Herzinfarkt. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51(1), 36-45.

Grande, G., & Romppel, M. (2011). Gender differences in recovery goals in patients after acute myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31(3), 164-172. doi: 10.1097/HCR.0b013e31820333c8

Gregory, S., Bostock, Y., & Backett-Milburn, K. (2006). Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Family Practice*, 23(2), 220-225. doi: 10.1093/fampra/cmi089

Greten, H., Rinninger, F., & Greten, T. (2010). *Innere Medizin*: Georg Thieme Verlag.

Herrmann-Lingen, C. (2008). Psychosomatik der koronaren Herzkrankheit. *Psychotherapeut*, 53(2), 143-156.

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

- Kamm-Steigelman, L., Kimble, L. P., Dunbar, S., Sowell, R. L., & Bairan, A. (2006). Religion, relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 141-159. doi: 10.1080/01612840500436925
- Kristofferzon, M. L., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope--experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 367-375. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x
- Mendes, B., Roux, G., & Ridosh, M. (2010). Phenomenon of inner strength in women post-myocardial infarction. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), 248-258. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181e6d809
- Mendis, S., Thygesen, K., Kuulasmaa, K., Giampaoli, S., Mahonen, M., Ngu Blackett, K., & Lisheng, L. (2011b). World Health Organization definition of myocardial infarction: 2008-09 revision. *International Journal of Epidemiology*, 40(1), 139-146. doi: 10.1093/ije/dyq165
- Mierzynska, A., Kowalska, M., Stepnowska, M., & Piotrowicz, R. (2010a). Psychological support for patients following myocardial infarction. *Cardiology Journal*, 17(3), 319-324.
- 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.
- Nigl-Heim, U. R. (2004). Die Bedeutung von Gender Care für die Pflege. *ÖSTERREICHISCHE PFLEGEZEITSCHRIFT*, 10-13.
- Orth-Gomér, K. (2012). Behavioral interventions for coronary heart disease patients. *BioPsychoSocial medicine*, 6(5), 1-7.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Radovanovic, D., Erne, P., Urban, P., Bertel, O., Rickli, H., & Gaspoz, J. M. (2007). Gender differences in management and outcomes in patients with acute coronary syndromes: results on 20,290 patients from the AMIS Plus Registry. *Heart*, 93(11), 1369-1375. doi: 10.1136/hrt.2006.106781

- 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.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., White, H. D., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., . . . Morrow, D. A. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(16), 1581-1598.
- Van Horn, E., Fleury, J., & Moore, S. (2002). Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event: an integrative literature review. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 31(3), 186-198.
- Varvaro, F. F. (2000). Family role and work adaptation in MI women. *Clinical Nursing Research*, 9(3), 339-351.
- Weiss, S. J., & Puntillo, K. (2001). Predictors of cardiac patients' psychophysiological responses to caregiving. *International Journal of Nursing Practice*, 7(3), 177-187.
- 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/>

9 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1a:	Ursprüngliche Suchstrategie	19
Tabelle 1b:	Fortsetzung der ursprünglichen Suchstrategie	20
Tabelle 2:	Ausgeweitete Suchstrategie	21
Tabelle 3:	Handsuche und daraus resultierende Suchstrategie	22
Tabelle 4:	The effects of a tailored cardiac rehabilitation program on depressive symptoms in women: A randomized clinical trial	24
Tabelle 5:	A Family Systems Nursing Interview Following a Myocardial Infarction: The Power of Commendations	25
Tabelle 6:	A Group-Based Program of Emotional Recovery for Younger Women Following Myocardial Infarction	26
Tabelle 7:	Music for stress an anxiety reduction in coronary heart disease patients (Review)	27
Tabelle 8:	Comparing Interventions in Older Unpartnered Adults after Myocardial Infarction	28
Tabelle 9:	Clinical Implications of a Reduction in Psychological Distress on Cardiac Prognosis in Patients Participating in a Psychosocial Intervention Program	30
Tabelle 10:	Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction	31
Tabelle 11:	A Cardiac Rehabilitation Program to Improve Psychosocial Outcomes of Women with Heart Disease	33
Tabelle 12:	Effects of a telephone counseling intervention on psychosocial adjustment in women following a cardiac event	34
Tabelle 13:	Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up trial): overall and gender-specific effects	35
Tabelle 14:	Behavioral interventions for coronary heart disease patients	36
Tabelle 15:	Family Role and Work Adaptation in MI Women	37
Tabelle 16:	Psychological interventions for coronary heart disease (Review)	38

Tabelle 17: Interventionen und ihre Wirkungen

40

10 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACBP	Aortokoronarer Bypass (Aorto-Coronary Bypass)
ACS	Akutes Koronares Syndroms (Acute coronary syndrome)
ANS	Autonomes Nervensystem
AP	Angina Pectoris
APN	Advanced Practice Nurse
b. Bed.	bei Bedarf
BD	Blutdruck
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CI	Konfidenzintervall
CR	kardiale Rehabilitation (cardial rehabilitation)
df	Freiheitsgrade (degrees of freedom)
GA	Geführte Autobiografie nach Birren & Deutchman
GRD	generalisierten Widerstandsdefiziten (generalized resistance deficit)
GRR	generalisierten Widerstandsressourcen (generalized resistance resource)
h	Stunden
HA	Hausarzt
HADS	Hospital Anxiety and Depression scale
HI	Herzinsuffizienz
HR	Hazards Ratio
HRQL	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health Related Quality of Life)
IG	Interventionsgruppe
interdisz.	interdisziplinär
Init.	Initialer
KH	Krankheit

KHK	Koronare Herzkrankheit
KG	Kontrollgruppe
M	arithmetisches Mittel (mean)
M-HART	Montreal Heart Attack Readjustment Trial
MD	Mittlere Differenz (mean difference)
MG	motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing) nach Miller und Rollnick
MI	Myokardinfarkt
OR	Odds Ratio
Pat.	Patient und/oder Patientin
PESSI	Patient Evaluation System of Sequential Instruction
PCI	Perkutane Koronarintervention
PP	Pflegefachperson
psych.	psychisch
QRCT	quasi-randomized trial
RCT	randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trial)
SD	Standardabweichung
SMD	standardisierte mittlere Differenz
SOC	Kohärenzsinn (Sense of Coherence)
SP	Stichprobe
ST	Studienteilnehmerinnen
tel.	telefonisch
TTM	transtheoretisches Modell (transtheoretical Model) nach Prochaska

11 ANHANG

11.1 Anhang 1: Typ-A- und D-Persönlichkeit

Typ-A-Persönlichkeit

Definition aus "Dorsch: Lexikon der Psychologie":

Aufgrund klinischer Beobachtungen definierten die beiden Kardiologen Friedman und Rosenman (1959) die Typ-A-Persönlichkeit (= TAP.) als Risikofaktor und ungünstigen Prognosefaktor bei koronarer Herzerkrankung. Bei TAP. handelt es sich in erster Linie um ein bestimmtes Verhaltensmuster, das charakterisiert ist durch Ungeduld und Ruhelosigkeit, Ehrgeiz, Wettbewerbsstreben sowie Ärger und Feindseligkeit, die auch unterdrückt sein können, und weniger um ein theoretisch fundiertes Persönlichkeitsmodell mit Bezug zu etablierten Persönlichkeitsfaktoren... Zahlreiche empirische und insbes. prospektive Studien konnten TAP. nicht als Risiko-/Prognosefaktor bei koronaren Herzerkrankungen bestätigen, allerdings gibt es Evidenz für die Risiko erhöhende Wirkung einzelner Typ-A-Facetten, und zwar speziell Ärger und Feindseligkeit.

Literatur:

Chida, Y. & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: A meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53, 936–946.

Friedman, M. & Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286–1296.

(Wirtz & Strohmer, 2013)

Typ-D-Persönlichkeit

Definition aus "Dorsch: Lexikon der Psychologie":

Im Kontext koronarer Herzerkrankungen wurde das Konstrukt der TDP. von Denollet und Kollegen im Jahr 1995 eingeführt (Denollet et al., 1995). Unter TDP. versteht man den *distressed personality type*, der durch eine Kombination ausgeprägter negativer Affektivität und sozialer Inhibition charakterisiert ist. Die soziale Hemmung ist auf Verhaltensebene durch eine Inhibition emotionalen

Ausdrucks in sozialen Situationen und intrapsychisch durch das Bedürfnis nach Vermeidung der Ablehnung durch andere charakterisiert...Die Prävalenz von TDP. bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen variiert je nach Studie zwischen ca. 15 und 30%. TDP. erwies sich in einer Reihe von Studien als Prädiktor für einen ungünstigen Krankheitsverlauf und Mortalität bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen. Allerdings wurden diese Studien bis auf sehr wenige Ausnahmen von der Arbeitsgruppe um Denollet veröffentlicht, neuere Studien anderer Arbeitsgruppen konnten TDP. nicht als ungünstigen Prognosefaktor bestätigen. Welche Rolle kulturelle Unterschiede spielen könnten, ist ungeklärt. Als mögliche pathogenetische Mechanismen für den Einfluss von TDP. gelten Veränderungen der Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse von kardiovaskulären Regulationsprozessen, Entzündungsprozesse, aber auch ungünstige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (z.B. mangelnde Compliance).

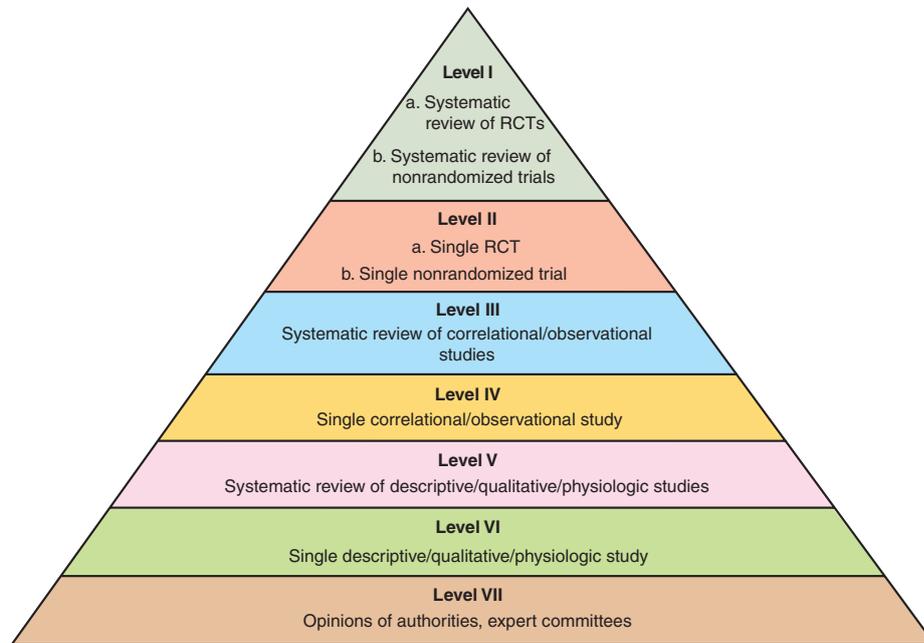
Literatur:

Denollet, J., Sys, S. U. & Brutsaert, D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57, 582–591.

(Wirtz & Strohmer, 2013)

11.2 Anhang 2: Evidenzstufen nach Polit und Beck

Quick Guide to an Evidence Hierarchy of Designs for Cause-Probing Questions



(Polit & Beck, 2012)

11.3 Anhang 3: Angaben zur M-HART-Studie (1997), Frasure-Smith et al.

Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction.

Frasure-Smith N, Lespérance F, Prince RH, Verrier P, Garber RA, Juneau M, Wolfson C, Bourassa MG

Abstract

Background Increases in life stress have been linked to poor prognosis after myocardial infarction (MI). Previous research suggested that a programme of monthly screening for psychological distress, combined with supportive and educational home nursing interventions for distressed patients, may improve post-MI survival among men. Our study assessed this approach for both men and women. We aimed to find out whether the programme would reduce 1-year cardiac mortality for women and men.

Methods We carried out a randomised, controlled trial of 1376 post-MI patients (903 men, 473 women) assigned to the intervention programme (n=692) or usual care (n=684) for 1 year. All patients completed a baseline interview that included assessment of depression and anxiety. Survivors were also interviewed at 1 year.

Findings The programme had no overall survival impact. Preplanned analyses showed higher cardiac (9.4 vs 5.0%, p=0.064) and all-cause mortality (10.3 vs 5.4%, p=0.051) among women in the intervention group. There was no evidence of either benefit or harm among men (cardiac mortality 2.4 vs 2.5%, p=0.94; all-cause mortality 3.1 vs 3.1%, p=0.93). The programmes impact on depression and anxiety among survivors was small.

Interpretation Our results do not warrant the routine implementation of programmes that involve psychological-distress screening and home nursing intervention for patients recovering from MI. The poorer overall outcome for women, and the possible harmful impact of the intervention on women, underline the need for further research and the inclusion of adequate numbers of women in future post-MI trials.

Methods

Study population

Patients admitted to ten Montreal area hospitals with acute MI not related to a coronary procedure were eligible for inclusion if they met other selection criteria. Diagnosis of MI was based on symptoms, and on enzyme and electrocardiographic criteria. Q-wave MI

was defined as new pathological Q-waves based on the modified Minnesota codes used in the Diltiazem Reinfarction Study, combined with either symptom criteria (typical chest pain of duration ≥ 30 min) or high serum enzyme concentrations (total creatine phosphokinase twice the admitting hospitals upper limit of normal or total creatine phosphokinase above the upper limit and the MB isoenzyme $\geq 5\%$ of total). Non-Q-wave MI was defined as high serum enzyme concentrations plus either ischaemic ST-T electrocardiographic changes (ST-segment depression or elevation or T-wave inversion) or symptom criteria. The following exclusion criteria were used: other life-threatening conditions; residence more than 20 miles from any study hospital; no telephone; deafness; cognitive impairment; inability to speak English or French; refusal by the patients physician; and participation in other randomised trials. In addition, owing to the use of the terms MI and heart attack in consent forms and questionnaires, patients who met the study criteria for MI but had not been given an MI diagnosis by their physicians by the time of interview were also excluded.

Procedures

We obtained approval from the ethics review boards of all the study hospitals before starting recruitment. Patients were asked to participate as soon as possible after transfer from coronary care to medical wards. After explaining the study, we obtained informed consent for randomisation, and for access to hospital charts and Quebec medicare data. Consenting patients then completed baseline psychosocial interviews, which covered demographic data, medical history, and psychosocial variables, including age, sex, education, smoking, previous MI, previous treatment for hypertension, whether patients were living alone, whether they had close friends, depressive symptoms (21-item Beck Depression Inventory), anxiety (20-item Spielberger State Anxiety Inventory), anger (24-item Spielberger Anger Expression Scale), and perceived adequacy of social support (12-item Blumenthal Social Support Scale).

Medical data, obtained from hospital charts, included Killip class, left-ventricular ejection fraction, thrombolytic treatment, results of exercise stress tests, revascularisation (angioplasty or bypass) during the index admission, and discharge prescriptions for b-blockers, aspirin, inhibitors of angiotensin-converting enzyme, and diabetes medications.

Randomisation and blinding

When patients were discharged from hospital, study nurses telephoned the coordinating centre for randomisation. Allocations were stratified according to hospital and sex and kept in sealed opaque envelopes which were opened by the research

coordinator. Neither patients nor their physicians were informed of assignment to the intervention programme or usual care.

Intervention

Patients randomly assigned to the intervention programme were telephoned by a research assistant 1 week after discharge, and then every month for 1 year. They responded to the 20-item General Health Questionnaire, which assesses psychological distress from symptoms of anxiety, depression, and impairment in activities. As in the preliminary study, when a patient scored 5 or more out of 20 on this scale or was readmitted to hospital, the research assistant contacted the project nurse responsible for that patient. The nurse then arranged to visit the patient as soon as possible at home or another convenient location. During the initial 1 h visit, the nurse evaluated extensively the patients psychosocial difficulties and needs, and cardiac status. Any immediate difficulties were dealt with, and, provided the patient agreed, the nurse scheduled a second visit within a month of the high score (as per protocol). After the second visit, interventions continued only as required, until the nurse and project team decided that the patient needed no additional contact. Each nurse had her own caseload, and treated patients from one or two study hospitals. Interventions were individually adjusted, but typically involved a combination of emotional support, reassurance, education, practical advice, and referral to family doctors, cardiologists, or other health resources. Every week, nurses discussed patients difficulties and plans of care in team meetings that lasted 2 or 3 h. The teams for these meetings included a regular group of three or four nurses, and one of three project psychiatrists. The meetings decided the pattern of care, including the withdrawal of care after 1 year or earlier. Patients in need of continued intervention at the end of the project were referred to local community health centres, general practitioners, or psychiatrists. 12 nurses in all were involved in the M-HART programme. Each had practiced for at least 10 years and had experience in cardiology. All but two had bachelor degrees. To ensure our programme could be implemented in any setting with experienced cardiology nursing staff, nurses were not given special training; instead, they were introduced to the study protocol, and gained knowledge and experience from reviewing cases in weekly team meetings.

Patients randomly assigned to the control group at discharge received usual care from their physicians. They did not receive monthly telephone monitoring or visits from M-HART nurses. However, they were asked to complete follow-up interviews after 3 and 12 months.

Sample-size determination

Sample-size calculations were based on two-sided tests ($\alpha=0.05$) with power 0.80. On the basis of previous studies, we expected 1-year cardiac mortality in the control group to be 10% among men, and 12% among women. We calculated that a target sample size of 1630 (896 men, 734 women) would allow us to detect a reduction in cardiac mortality of at least 50% for each sex (the magnitude of impact in the preliminary study of 461 men).

Assessment of outcomes

Survival status 1 year after discharge was initially assessed through contact with patients or family at the 3-month and 12-month interviews, and from Quebec medicare data. Information about causes and dates of death was obtained from hospital charts, ambulance records, and necropsy reports. Supplemental information came from family interviews. Causes of death were independently classified as cardiac and non-cardiac by two cardiologists, unaware of study group. Cardiac deaths were further classified as secondary to arrhythmias (definite or probable), MI (definite or probable), congestive heart failure, or a cardiac procedure (coronary bypass surgery, coronary angioplasty, thrombolysis). Non-fatal MI recurrences were defined by means of study-eligibility criteria for MI. Disagreements about classification were resolved by consensus. Data on postdischarge revascularisation were also obtained from interviews with patients, hospital charts, and Quebec medicare data.

All patients were contacted again 3 and 12 months after discharge for follow-up interviews. Those who consented were interviewed at home by research assistants unaware of study group assignment, and completed the Beck Depression Inventory and the Spielberger State Anxiety Inventory.

11.4 Anhang 4: Detaillierte Beschreibung der angewendeten Interventionen der Studien von Cossette et al. (2002)

Cognitive:

Pointed out alternative ways of viewing situations (reframed); Helped patient list and prioritize goals, problems, solutions; discussed nurse–patient relationship, expectations, “contract”; pointed out consequences of patient behaviors/confronted patient/labelled patient’s response; used role playing, role reversal; expressed disappointment/disapproval/pointed out weakness, negative aspects.

Educational:

Teaching about ischemic heart disease (IHD), risk factors, medication; teaching about non-IHD related subjects or non-IHD medications; described tests, procedures, surgery, angioplasty; described available community resources; demonstrated a technique or a procedure; gave or recommended reading material; constructed or devised a teaching aid, set up medication routine, drew a heart diagram, etc.

Emotionally supportive:

- **Listening:** Listened; gave patient chance to ventilate; encouraged patient to talk
- **Reassurance/encouragement:** Praised patient; reinforced decision making; encouraged, reassured patient, pointed out strengths, positive aspects.
- **Advice:** Gave patient directives/suggestions based on scientific knowledge; gave patient directives/suggestions based on common sense or alternative approaches; suggested patient change MD, get a second opinion; suggested including family/friends in contact(s) with nurse; told patient to slow down, to not push so hard; suggested patient contact MD and/or emergency, suggested patient contact other health professional or community resource, reinforced/repeated MD advice or information; reinforced/ repeated own previous advice or information; reinforced/ repeated other health professional or community resource’s advice or information.
- **Other support:** Made self-available to patient/told patient to call if problem/left number; offered/promised to accompany patient to appointment; gave indirect support by chatting about topics unrelated to patient problems.

11.5 Anhang 5: Selbständigkeitserklärung



Selbständigkeitserklärung

Die Unterzeichnenden erklären hiermit an Eides statt,

- die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben;
- sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken ausnahmslos als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Fachbereich Gesundheit“ zitiert zu haben;
- Arbeiten in gleicher oder ähnlicher Form oder in Teilen nicht schon an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht zu haben.

Die Unterzeichnenden sind sich bewusst, dass die Erstellung und Abgabe eines Plagiats ein schweres akademisches Fehlverhalten ist, das Sanktionen bis zum nachträglichen Entzug des erworbenen akademischen Titels nach sich zieht.

Titel der Arbeit	Frauen mit Myokardinfarkt - Pflegerische Interventionen zur emotionalen Bewältigung
Name, Vorname	Pessach-Bamert, Simone
Matrikelnummer	11-644-614
Ort, Datum	Bern, 15. August 2014
Unterschrift <i>Pessach - Bamert</i>
Name, Vorname	Peter, Sandra
Matrikelnummer	12-569-240
Ort, Datum	Bern, 15. August 2014
Unterschrift <i>S. Peter</i>