

Selbstmanagementförderung bei erwachsenen Hämodialysepatienten

Eine Literaturübersicht

Bachelorarbeit

Von
Céline Cassard, Rahel Hottinger & Gwenaëlle Kuhn
Promotion 2016-2019

Erstgutachter: Ewald Schorro

Hochschule für Gesundheit, Freiburg
Studiengang Pflege

11. Juli 2019

Danksagung

Die Autorinnen bedanken sich herzlich bei allen, die sie während des Verfassens dieser Arbeit unterstützt haben.

Als Erstes geht ein grosses Dankeschön an Herrn Christoph Witz für seine wertvollen Korrekturen und seine hilfreichen Anmerkungen.

Weiter bedanken sich die Autorinnen bei Herrn Ewald Schorro bedanken. Er übernahm die Begleitung der Autorinnen in der Halbzeit und stand ihnen dank seines Wissens beratend und wegweisend zur Seite.

Ebenso bedanken sich die Autorinnen bei Frau Petra Schaefer-Keller für ihre Unterstützung und die wertvollen Inputs zum Thema „Wissenschaftliches Schreiben“.

Zum Schluss bedanken sich die Autorinnen bei Frau Monika Walter für die zur Verfügung gestellte Literatur zum Einlesen und für die Begleitung während der ersten Schritte.

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract / Zusammenfassung	6
1 Einleitung.....	7
1.1 Problemstellung	7
1.2 Fragestellung	8
1.3 Ziel	8
2 Theoretischer Rahmen	9
2.1 Chronische Niereninsuffizienz	9
2.1.1 Pathophysiologische Mechanismen	9
2.1.2 Symptome.....	9
2.1.3 Diagnostik	10
2.1.4 Therapie.....	11
2.2 Selbstpflege	13
2.3 Selbstmanagement	13
2.3.1 Selbstmanagement der Hämodialysezeit	14
2.3.2 Medikationsmanagement	15
2.3.3 Selbstmanagement der Ernährungsvorschriften.....	15
2.3.4 Flüssigkeits- und Gewichtsmanagement	15
2.4 Selbstkontrolle.....	16
2.5 Selbstwertgefühl.....	16
2.6 Selbstbestätigungstheorie	17
2.7 Selbstwirksamkeit	17
2.8 Patientenedukation	18
2.8.1 Empowerment	19
2.8.2 Motivierende Gesprächsführung	20

3	Methode	22
3.1	Design.....	22
3.2	Literaturrecherche	22
3.2.1	Suchstrategie	22
3.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien, Limiten.....	23
3.3	Analyse	24
3.4	Ethik.....	24
4	Ergebnisse.....	25
4.1	Eingeschlossene Studien	25
4.2	Merkmale und Qualität der eingeschlossenen Studien	25
4.3	Ergebnisse der Studien	27
4.3.1	Selbstpflege	28
4.3.2	Selbstwirksamkeit	29
4.3.3	Selbstmanagementverhalten.....	30
4.3.4	Wissen	33
4.3.5	Selbstwertgefühl.....	34
5	Diskussion.....	36
5.1	Interpretation der Ergebnisse	36
5.1.1	Selbstpflege	36
5.1.2	Selbstwirksamkeit	37
5.1.3	Selbstmanagementverhalten.....	37
5.1.4	Wissen	38
5.1.5	Selbstwertgefühl.....	39
5.2	Qualität der Ergebnisse.....	39
5.3	Limiten dieser Literaturübersicht	42
5.4	Lernprozess	43

6	Schlussfolgerungen.....	44
6.1	Beantwortung der Fragestellung	44
6.2	Implementierung in die Praxis	45
6.3	Empfehlungen für weitere Forschungen.....	46
7	Literaturverzeichnis	48
8	Abbildungsverzeichnis	55
9	Tabellenverzeichnis	56
10	Abkürzungsverzeichnis	57
11	Anhang.....	58
11.1	Anhang A: Selbständigkeitserklärung.....	58
11.2	Anhang B: Tabellarische Übersichten der Studien	59
11.3	Anhang C: Kritische Beurteilungen der Studien.....	67
11.4	Anhang D: Tabelle der verwendeten Instrumente.....	86

ABSTRACT / ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Die chronische Niereninsuffizienz ist ein wichtiges gesundheitliches Problem, welches in den letzten Jahren zugenommen hat und zunehmen wird. Die terminale Niereninsuffizienz, das letzte Stadium der chronischen Niereninsuffizienz, setzt ein Nierenersatzverfahren voraus. Im Jahr 2017 haben 4580 Personen in der Schweiz entweder eine Hämo- oder Peritonealdialyse erhalten. 89.3% der Dialysepatienten in der Schweiz erhielten im Jahr 2017 Hämodialyse in spezialisierten Zentren. Die Hämodialyse ist eine komplexe Behandlung und erfordert ein Selbstmanagement von fünf Dimensionen: Ernährungs-, Medikations-, Gewichts- und Flüssigkeitsmanagement sowie die Einhaltung der Hämodialyse-Zeit. Es ist wichtig, dass chronisch Erkrankte die Erkrankung in den Alltag integrieren. Aufgrund dessen und der Häufigkeit in der Schweiz und der Komplexität der Hämodialyse-Behandlung wurde der Fokus dieser Bachelorarbeit auf die Selbstmanagementförderung dieser Patientengruppe gelegt. Es wurde folgende Fragestellung für die Literaturübersicht erstellt: «Welche Pflegeinterventionen fördern das Selbstmanagement bei erwachsenen Patienten und Patientinnen mit terminaler Niereninsuffizienz unter Hämodialyse-Behandlung?»

Methode: Die Literaturrecherche wurde anhand von Suchbegriffen auf den Datenbanken von PubMed und CINAHL durchgeführt. Die Studien wurden nach Ein- und Ausschlusskriterien und Limiten ausgewählt. Die eingeschlossenen Studien wurden in einer Tabelle narrativ zusammengefasst und anhand eines Beurteilungsbogens kritisch beurteilt.

Ergebnisse: In die Literaturübersicht wurden acht Studien eingeschlossen, davon sind drei randomisierte kontrollierte und fünf quasi-experimentelle Studien. Die Ergebnisse zeigen, dass die Interventionen der Studien das Selbstmanagement fördern und verbessern. Die Ergebnisse wurden nach Outcome der einzelnen Studien unterteilt: Selbstpflege, Selbstwirksamkeit, Selbstmanagementverhalten, Wissen und Selbstwertgefühl.

Schlussfolgerungen: Patientenedukationsprogramme können das Selbstmanagement von Hämodialysepatienten fördern und gut in die Praxis implementiert werden. Wenn die Patienten und Patientinnen eine aktive Rolle in der Hämodialyse-Behandlung einnehmen, wird das Selbstmanagement verbessert.

Schlüsselbegriffe: Terminale Niereninsuffizienz, Hämodialyse, Selbstmanagementförderung, Pflegeinterventionen, Patientenedukation

1 EINLEITUNG

Im folgenden Kapitel wird auf die Problemstellung, die der Bachelorarbeit zugrunde liegt, eingegangen. Die Fragestellung und das Ziel für die Bearbeitung dieser Literaturübersicht werden genannt.

1.1 Problemstellung

Chronische Erkrankungen sind ein zentrales Thema in der Schweiz. Das schweizerische Gesundheitsobservatorium betont in seinem nationalen Gesundheitsbericht des Jahres 2015, dass es für chronisch erkrankte Personen wichtig sei, die Erkrankung in den Alltag zu integrieren und dafür sei ein wichtiger Teil das Selbstmanagement. Die Patienten erlernen eigene Strategien mit dem Ziel, die Normalität und die Funktionsfähigkeit im Alltag wiederzuerlangen oder so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Betroffene von chronischen Erkrankungen wünschen sich eine möglichst grosse Autonomie und Selbstmanagement, aber wünschen sich zudem Unterstützung in diesem Prozess (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015).

Die chronische Niereninsuffizienz ist eine chronische Erkrankung. Laut Kistler and Wüthrich (2015) ist die chronische Niereninsuffizienz ein wichtiges gesundheitliches Problem, welches in den letzten Jahren stetig zugenommen hat und weiter zunehmen wird. Ungefähr eine halbe Million Menschen der schweizerischen Bevölkerung leidet an einer chronischen Niereninsuffizienz (Elsässer, Hoyer, & Dickenmann, 2008). Die terminale Niereninsuffizienz (End Stage Renal Disease - ESRD) ist das letzte Stadium der chronischen Niereninsuffizienz und geht mit einer verringerten Lebensqualität, einer hohen Mortalität, ungeplanten Krankenhausaufenthalten sowie mit einer Belastung der Betroffenen einher (Geberth & Nowack, 2011; Griva et al., 2011). Die Anzahl der Personen mit ESRD nimmt stetig zu. Die Betroffenen müssen zwischen einem Nierenersatzverfahren (Hämodialyse, Peritonealdialyse oder Nierentransplantation) oder einer supportiven Therapie entscheiden (Elsässer et al., 2008). 83'311 Menschen mit ESRD haben in Europa im Jahr 2016 mit einem Nierenersatzverfahren begonnen (Inzidenz von 121 auf eine Million Einwohner). Davon begannen 84% mit Hämodialyse (HD). Die Prävalenz der Nierenersatzverfahren in Europa liegt bei 823 auf eine Million Einwohner. 58% der prävalenten Patienten erhalten HD. Wobei es bei der Inzidenz und Prävalenz bedeutende Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern gibt (Kramer et al., 2019). Die Inzidenz eines Nierenersatzverfahren ist bei 97 auf eine Million Einwohner in der Schweiz (Ambühl, 2018). Im Jahr 2015 hat die Schweiz ca. 296 Millionen Schweizer

Franken ausgegeben für die Dialysebehandlung von etwa 4500 Patienten und Patientinnen¹ (Ambühl, 2017). Im Jahr 2017 haben 4580 Personen in der Schweiz entweder eine Hämo- oder Peritonealdialyse erhalten (Ambühl, 2018).

Im Jahr 2017 erhielten 89.3% aller Dialysepatienten in der Schweiz HD in spezialisierten Zentren (Ambühl, 2018). Die Behandlung durch die HD bewirkt eine Umstellung im Alltag der Betroffenen. Die Patienten müssen in der Regel dreimal wöchentlich zur HD-Sitzung in ein entsprechendes Zentrum. Jede HD-Sitzung dauert zwischen vier und fünf Stunden (Dietrich, 2013). Die HD ist eine komplexe Behandlung und erfordert ein Selbstmanagement von fünf Dimensionen: Ernährungs-, Medikations-, Gewichts- und Flüssigkeitsmanagement sowie die Einhaltung der HD-Zeit (Matteson & Russell, 2010). Patienten mit einer HD leiden unter anderem unter Schlafstörungen, Angst, Depressionen, Fatigue, Infektionen und psychologischem Stress (Ghadam et al., 2015; Horigan, Rocchiccioli, & Trimm, 2012). Die Pflegefachpersonen können mit verschiedenen Hilfestellungen Massnahmen zur Förderung des Selbstmanagements der HD-Patienten ergreifen, um deren Wunsch nach Autonomie und selbstständiger Krankheitsbewältigung nachzukommen (Bachmann et al., 2015).

1.2 Fragestellung

Dies ergibt folgende Fragestellung für die Literaturübersicht: «Welche Pflegeinterventionen fördern das Selbstmanagement bei erwachsenen Patienten mit terminaler Nierensuffizienz unter Hämodialyse-Behandlung?»

1.3 Ziel

Das Ziel dieser Literaturübersicht ist es, evidenzbasierte und klinisch relevante Pflegeinterventionen zu finden, welche das Selbstmanagement bei HD-Patienten fördern. Die eingeschlossenen Studien sollen wirksame Interventionen aufzeigen, welche das Selbstmanagement fördern und in die Praxis umgesetzt werden können. Die gefundenen Interventionen werden in der Literaturübersicht kritisch beurteilt und diskutiert.

¹ Das Wort Patient/Patienten schliesst die weibliche Form mit ein.

2 THEORETISCHER RAHMEN

Zentrale Begriffe der Fragestellung dieser Bachelorarbeit sowie Konzepte werden in diesem Kapitel erläutert. Als Erstes wird das Krankheitsbild der chronischen Niereninsuffizienz und die HD thematisiert. Danach wird das Outcome Selbstmanagement erläutert. Alle wichtigen Konzepte, die das Selbstmanagement fördern und untermauern, werden präsentiert.

2.1 Chronische Niereninsuffizienz

Die chronische Niereninsuffizienz wird wie folgt definiert: «Langsam zunehmende Nierenfunktionsstörung auf dem Boden zahlreicher Grunderkrankungen. Endet mit dem völligen Funktionsverlust beider Nieren.» (Menche und Brandt, 2013, S. 360)

2.1.1 Pathophysiologische Mechanismen

Bei einer chronischen Niereninsuffizienz kommt es zu einem progredienten Nephronenverlust. Kurzzeitig steigt der intraglomeruläre Druck und die Filtrationsleistung der restlichen noch funktionierenden Nephrone an. Diese Kompensation hält die Nierenfunktion kurz aufrecht. Mit der Zeit schädigt dieser Mechanismus jedoch die Nieren zusätzlich. Die Nieren können ihre exkretorische (Ausscheidungsfunktion) sowie inkretorische (Hormonhaushalt) Funktion nicht mehr aufrechterhalten. Folglich entgleisen der Wasser- und Elektrolythaushalt, harnpflichtige Substanzen reichern sich im Blut an und schädigen andere Organe. Die Ursachen der chronischen Niereninsuffizienz sind vielfältig. Laut Menche und Brandt (2013) sind die Hauptursachen die diabetische oder die vaskuläre Nephropathie, chronische Glomerulonephritiden sowie chronische interstitielle Nephritiden/Pyelonephritiden. Weiter können Zystennieren sowie die Analgetikanephropathie zur chronischen Niereninsuffizienz führen. Die diabetische Nephropathie ist eine Langzeitkomplikation des Diabetes mellitus und die häufigste Ursache (35%) einer neu eingetretenen Dialysepflicht. Mit 25% stellt die vaskuläre Nephropathie die zweithäufigste Ursache dar, denn die Gefäße der Nieren werden durch Arteriosklerose oder Hypertonie geschädigt (Menche & Brandt, 2013).

2.1.2 Symptome

Die chronische Niereninsuffizienz schreitet häufig langsam voran, da die Nieren den Nephronenverlust kurzfristig kompensieren können. Somit sind die Betroffenen lange beschwerdefrei. Oft bemerken die Patienten zu Beginn einen Leistungsknick und das Wohlbefinden ist verringert. Mit der Zeit reichern sich harnpflichtige Substanzen im Blut an und es kommt zur Urämie (Harnvergiftung). Organsysteme können dadurch geschädigt

werden. Die Symptome sind vielfältig, wie allgemeine Zustandsverschlechterung, neurologische, pulmonale, kardio-vaskuläre, gastrointestinale, dermale, renale, hämatologische, hormonale sowie ossale Funktionsstörungen (Menche & Brandt, 2013).

Die World Health Organisation (WHO) teilt die chronische Niereninsuffizienz in verschiedene Stadien ein. Je nach Grad der Nierenschädigung beziehungsweise (bzw.) Stadium der chronischen Niereninsuffizienz bemerken die Betroffenen verschiedene Symptome. Die Stadien werden nach der glomerulären Filtrationsrate (GFR) eingeteilt (Menche & Brandt, 2013).

Stadium (GFR ml/min)	Klinisches Stadium	Symptome
I (>89)	Normale Nierenfunktion	Keine
II (60-89)	Leichtgradige Nierenfunktionseinschränkung (volle Kompensation)	Kreatinin-Clearance eingeschränkt, Serum-Kreatinin normal, keine Beschwerden, eventuelle Hypertonie
III (30-59)	Mässiggradige Nierenfunktionseinschränkung (kompensierte Retention)	Serum-Kreatinin und Serum-Harnstoff erhöht, Einsetzen von Leistungsschwäche, Anämie, arterielle Hypertonie, sekundärer Hyperparathyreoidismus, metabolische Azidose, jedoch noch keine Urämiesymptome
IV (15-29)	Hochgradige Nierenfunktionseinschränkung (dekompensierte Retention, präterminale Niereninsuffizienz)	Serum-Kreatinin ≥ 6 mg/dl. Urämiesymptome. Bei erfolgreicher Therapie ist eine vorübergehende Stabilisierung möglich
V (<15)	Terminale Niereninsuffizienz	Serum-Kreatinin ≥ 10 mg/dl. Irreversibles Nierenversagen, Nierenersatztherapie notwendig

Tabelle 1: Stadien nach WHO (in Anlehnung an Menche und Brandt, 2013, S. 361)

2.1.3 Diagnostik

Zur Diagnostik der chronischen Niereninsuffizienz wird eine Urinuntersuchung mit Sedimentuntersuchung und Urinkultur durchgeführt. Zur Abschätzung des noch verbleibenden Glomerulusfiltrats wird die Kreatinin-Clearance bestimmt. Ebenso wird eine Blutuntersuchung mit Blutbild, Elektrolyte, Kreatinin, Harnstoff, Blutzucker und Parathormon

durchgeführt. Um die Grösse und Form der Nieren zu untersuchen wird eine abdominale und Farb-Duplex-Sonografie durchgeführt. Bei einer chronischen Niereninsuffizienz sind die Nieren meistens klein, sogenannte Schrumpfnieren. Zudem ist auf diesem Weg eine Zystennierenerkrankung diagnostizierbar. Zur Darstellung der Nierengefässe bei Verdacht auf Nierenarterienstenosen wird eine Angiografie durchgeführt (Menche & Brandt, 2013).

2.1.4 Therapie

Bei leicht- und mässiggradiger Nierenfunktionseinschränkung liegt die Wichtigkeit der Therapie in der Behandlung der Grunderkrankungen. Die arterielle Hypertonie sollte optimal eingestellt werden. Somit wird das Fortschreiten der Niereninsuffizienz massgeblich gebremst. Bei der diabetischen Nephropathie sollte der Blutzucker optimal eingestellt werden. Es wird angenommen, dass eine Hyperlipidämie sich negativ auf die Nierenfunktion auswirkt und zudem das kardiovaskuläre Risiko nierenkranker Personen nochmals erhöht. Dadurch ist eine Therapie mit lipidsenkenden Medikamenten wichtig. Die Serumelektrolyte sollten korrigiert werden und die Betroffenen werden angehalten nicht (mehr) zu rauchen. Die Ernährung sollte eiweissreich, kalium- und phosphatarm sein. Die chronische Niereninsuffizienz ist eine progrediente Erkrankung. Die Erkrankung schreitet häufig bis zur Dialysepflicht fort. Bei hochgradiger und terminaler Niereninsuffizienz zeichnet sich meist eine Dialysepflicht (Hämo- oder Peritonealdialyse) ab. Diese Verfahren ersetzen die Nierenfunktion (Menche & Brandt, 2013).

2.1.4.1 Hämodialyse

Die HD wird bei akutem oder chronischem Nierenversagen eingesetzt, um die Ausscheidungsfunktionen der Nieren zu übernehmen. Die HD stellt mit 90% das meist eingesetzte Verfahren dar. Mittels einer Blutpumpe durch ein Schlauchsystem (arterielles System) wird das Blut des Patienten in den Dialysator gepumpt. Das Blut wird durch ein System aus semipermeablen Membranen geleitet und dann über ein zweites Schlauchsystem (venöses System) zurück in den Körper geführt. Im System der Membranen verläuft in der Gegenrichtung des Blutes ein Dialysat. Dieses besteht aus Wasser mit Elektrolyt-, Puffer- und gegebenenfalls Glukosezusatz. Das Dialysat enthält die wichtigsten

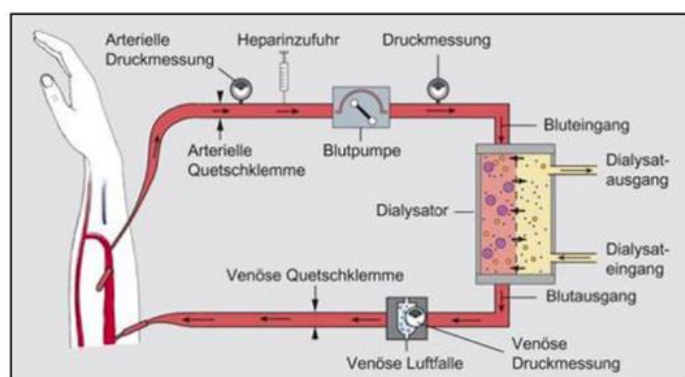


Abbildung 1: Prinzip der HD (Menche und Brandt, 2013, S.364)

Elektrolyten, welche im Patientenblut korrigiert werden müssen. Zwischen dem Patientenblut und dem Dialysat besteht ein Konzentrationsunterschied. Durch Diffusion kleinmolekularer Substanzen wird dieser Unterschied abgebaut. Jedoch können Blutzellen und -eiweiße nicht durch die Membran diffundieren. Während der HD wird zusätzlich dem Körper durch Ultrafiltration (Abpressen von Wasser durch hydrostatischen Druck) Wasser entzogen. Das Blut wird heparinisiert, damit sich im Dialysator und in den Schlauchsystemen kein Blutgerinnsel bilden kann. Jedoch kann dies zu Blutungskomplikationen führen. Nötig sind normalerweise drei HD-Sitzungen pro Woche über vier bis fünf Stunden, sodass harnpflichtige Substanzen auf tolerable Werte sinken.

Es gibt verschiedene Organisationsformen: Bei der Zentrumdialyse geht der Patient in ein Zentrum und wird dort von Fachpersonal betreut. Bei der Heimdialyse führen die Patienten oder deren Angehörigen die Behandlung ohne Fachpersonal zu Hause durch. Diese Art der Dialyse wird jedoch selten von den Betroffenen gewählt. Bei der zentralisierten Heimdialyse führt der Patient die Behandlung in einem Zentrum mit Unterstützung der Pflegefachpersonen durch. Die Entscheidung der Dialyse-Art wird in Absprache mit dem Patienten unter Berücksichtigung seiner Ressourcen und Lebensumstände getroffen.

Die HD setzt zwei grosskalibrige Gefässzugänge voraus. Bei Patienten, welche über längere Zeit dialysiert werden, setzt man einen speziellen Zugang ein. Dieser kann problemlos punktiert werden. Meistens bekommen die Patienten operativ einen subkutanen Cimino-Brescia-Shunt. Dieser verbindet eine Armarterie mit einer Armvene. Somit erhöht sich der Druck in der Armvene und erweitert diese mit der Zeit, sodass sich gute Punktionmöglichkeiten ergeben. Dies erfordert einige Wochen. Der Shunt sollte also rechtzeitig vor der ersten HD angebracht werden. Wenn die Venenverhältnisse des Patienten schlecht sind, kann auf ein Kunststoffimplantat umgestellt werden, als letzte Möglichkeit ein Zentraler Venenkatheter (ZVK).

Die HD kann zu Kreislaufproblemen mit Schwindel und Kollaps führen. Da der Patient zwischen den Hämodialysen fast keine Flüssigkeit ausscheidet, muss dem Blut während der HD viel Wasser entzogen werden. Man nimmt an, dass durch die schnelle Harnstoffentfernung und dem nachfolgenden Abfall der Osmolarität, es zu einem passageren Hirnödem kommen kann. Dieses äussert sich durch Kopfschmerzen, Schwindel, Bewusstseinsstörungen und zerebrale Krampfanfälle. Während der Behandlung kommt es zudem zu einem Kaliumentzug. Dies kann zu einer Hypokaliämie mit Herzrhythmusstörungen führen. Auch allergische Reaktionen sind möglich. Shunt-Infektionen drohen bei mangelnder Hygiene. Diese Infektionen bergen die Gefahr einer Abszessbildung und

der Sepsis. Wegen des arteriellen Drucks besteht an den Punktionsstellen eine Blutungsgefahr durch die Heparinisierung. Der Shunt kann aber auch thrombosieren (Menche & Brandt, 2013).

2.2 Selbstpflege

Selbstpflege (Self-Care) umfasst die Fähigkeit für sich selbst zu sorgen als auch Handlungen für die eigene Gesundheitserhaltung und -förderung. Diese Handlungen müssen von den Patienten selbst durchgeführt werden. Selbstpflege ist ein breites Konzept, welches das Selbstmanagement, die Selbstüberwachung und das Symptommanagement umfasst. Die Selbstwirksamkeit beeinflusst das Ganze (Richard & Shea, 2011).

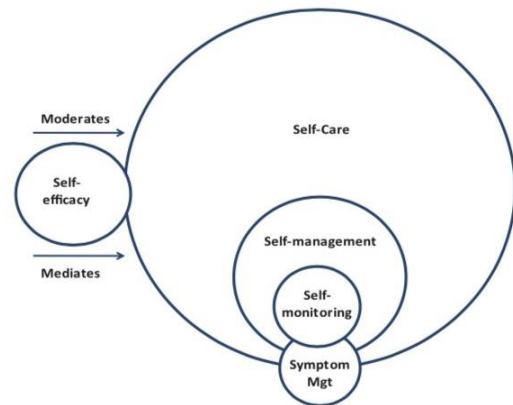


Abbildung 2: Darstellung der Beziehung der Konzepte (Richard und Shea, 2011, S. 261)

2.3 Selbstmanagement

Selbstmanagement (Self-management) ist ein dynamischer, interaktiver und täglicher Prozess, bei dem Patienten die Behandlung ihrer chronischen Erkrankungen aktiv managen (Lorig & Holman, 2003). Selbstmanagement konzentriert sich nicht nur auf die erkrankte Person, sondern schließt Familie, Angehörige und ihr soziales Umfeld mit ein. Dies spielt eine wichtige Rolle bei der Bewältigung einer chronischen Krankheit (Haslbeck & Schaeffer, 2007). Chronische Krankheiten verlaufen laut Corbin und Strauss (2004) und Strauss und Glaser (1984) nicht gleichförmig und linear, sondern in wechselnder Abfolge der folgenden Phasen: akute Phase, Krisen, Phasen der Rekonvaleszenz, Phasen relativer Stabilität und Normalität, Phasen der Verschlechterung. Kaum sind Anpassungen an die jeweilige Krankheitsphase gelungen, kann schon die nächste eintreffen. Dies erschwert das Selbstmanagement der chronisch Erkrankten. Allgemein ist die Komplexität chronischer Erkrankungen nicht zu unterschätzen: Bei Patienten werden die körperlichen Leiden nicht selten von psychosozialen, psychischen oder ökonomischen Schwierigkeiten begleitet (Schaeffer, 2004). Das Selbstmanagement ist bei dieser Patientengruppe besonders wichtig, denn es unterstützt ihre Bedürfnisse zur Krankheitsbewältigung und stärkt ihre Eigenkompetenz und Autonomie (Haslbeck & Schaeffer, 2007). Lorig und Holman (2003) haben die Patientenperspektive ins Zentrum gestellt und Bereiche des Selbstmanagements definiert, um die Krankheit

nicht nur zu bewältigen, sondern damit leben zu können. Die Prozesse des Selbstmanagements werden wie folgt unterteilt: Problemlösung, Entscheidungsfindung, Ressourcennutzung, Partnerschaft mit Gesundheitsdienstleistern sowie Ergreifen von Massnahmen und Verbesserung der Selbstaktivität (Lorig & Holman, 2003). Beim Konzept des Selbstmanagements sollen chronisch Erkrankte befähigt werden, angemessen mit Hilfsmitteln, therapeutischen Anweisungen und den Alltagsherausforderungen umzugehen (Petermann, 1998). Darüber hinaus soll Selbstmanagement präventive Massnahmen berücksichtigen, um den Erhalt der Gesundheit zu gewährleisten, vorhandene Ressourcen zu mobilisieren und zu stärken sowie Verschlechterung und Krisen vorzubeugen und Abwärtsentwicklungen im Krankheitsverlauf zu vermeiden. Betroffene sollen persönliche Strategien entwickeln, um den Herausforderungen der chronischen Krankheit nach ihren Vorstellungen und Bedürfnissen zu begegnen (Haslbeck, 2012). Für die Umsetzung des Konzepts in die Praxis müssen Bedingungen geschaffen werden, die es den Betroffenen ermöglichen selbstbestimmt, selbstverantwortlich und selbstgesteuert zu handeln. Patienten müssen befähigt werden, bei medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Fragen als gleichberechtigte Partner mitzuentcheiden (Steurer-Stey & Rosemann, 2009). Um diesem Ziel der Partizipation gerecht zu werden, müssen Patienten und ihre Angehörigen beraten und geschult werden.

Damit die HD-Behandlung wirksam und erfolgreich ist, müssen HD-Patienten folgende fünf Dimensionen selbstmanagen: die HD-Zeit, das Medikationsmanagement, die Ernährungsvorschriften sowie das Flüssigkeits- und Gewichtsmanagement (Wolcott, Maida, Diamond, & Nissenson, 1986). Im folgenden Abschnitt werden diese fünf Dimensionen erläutert.

2.3.1 Selbstmanagement der Hämodialysezeit

Die HD-Frequenz umfasst meistens drei Sitzungen pro Woche und im Durchschnitt dauern diese vier Stunden (Schorn, Pechula Thut, & Bleisch, 2014). Die Einhaltung des Therapieplans ist für Patienten mit ESRD von zentraler Bedeutung, um eine wirksame Behandlung zu gewährleisten. HD-Sitzungen sollten nicht übersprungen und die vollständige HD-Zeit sollte eingehalten werden. Das Auslassen von mindestens einer HD-Sitzung pro Monat ist mit einem höheren Sterberisiko von 25% bis 30% verbunden. Eine häufige Verkürzung von Sitzungen von mehr als 10 Minuten und mehr als dreimal im Monat ist ebenfalls mit einer erhöhten Mortalität verbunden (Denhaerynck et al., 2007). Durch die Dominanz der HD im Leben und den dadurch hervorgerufenen reduzierten Allgemeinzustand werden Unternehmungen oft behindert. Die Freizeit und die Reise-

möglichkeiten sind eingeschränkt, da sich die Patienten in der Nähe eines Dialysezentrums aufhalten müssen. Es kommt nicht selten zum Abbruch der Erwerbstätigkeit (Menche & Brandt, 2013).

2.3.2 Medikationsmanagement

Unabhängig von der Nierenersatztherapie müssen die HD-Patienten Medikamente einnehmen. Zum Beispiel um die Blutanomalien, die nicht vollständig durch die HD korrigiert wurden, zu normalisieren. Patienten benötigen häufig eine blutdrucksenkende Therapie, Vitamine, Eiseninjektionen und Erythrozyten stimulierende Medikamente. Die regelmässige Einnahme dieser Medikamente ist wichtig, um die Ergebnisse zu verbessern und Komplikationen zu begrenzen (CHUV, 2018). Im Durchschnitt müssen HD-Patienten neun bis zwölf Medikamente pro Tag einnehmen. 23 bis 67% der HD-Patienten vergessen regelmässig die Einnahme der Medikamente. Die Gründe dafür sind mehrdimensional (Richard, 2006).

2.3.3 Selbstmanagement der Ernährungsvorschriften

Der Krankheitsverlauf wird vom Ernährungszustand beeinflusst. Eine einheitliche Nierendiät existiert nicht, da es grosse Unterschiede in den Beeinträchtigungen der Nierenfunktion gibt. Ziel der Ernährungsumstellung ist ein optimales Dialyseergebnis, einen guten Ernährungszustand und eine bestmögliche Lebensqualität (Menche & Brandt, 2013). Um den Ernährungsstatus und den Elektrolythaushalt zwischen den HD-Behandlungen zu erhalten, ist das Ernährungsmanagement laut Richard (2006) ein wichtiger Aspekt. Eine Kalorienzufuhr von 30-35 kcal/kg pro Tag ist angemessen (abhängig von der körperlichen Aktivität), davon sollten 50% Kohlenhydrate sein. Der Patient sollte vermehrt Eiweisse zu sich nehmen (1-1.2g/kg pro Tag), da unter der HD Proteine ausgewaschen werden. Die Kost sollte kalium- und phosphatarm sein. Die Natriumzufuhr soll je nach Blutdruck, Durstgefühl und Restdiurese eingeschränkt werden. Die Patienten sollen über die Symptome einer Hyperkaliämie informiert werden (Muskelschwäche, schwere Beine, Müdigkeit oder Erbrechen). Um eine bestmögliche Beratung von Patienten und deren Angehörigen zu gewährleisten, sollte eine Ernährungsberaterin beigezogen werden (Menche, 2014).

2.3.4 Flüssigkeits- und Gewichtsmanagement

Die HD-Patienten scheiden zwischen den Hämodialysen oft fast keine Flüssigkeit aus. Deswegen müssen sich die Betroffenen an strengen Flüssigkeitsrestriktionen halten. Die Grundregel lautet 500 – 800 ml plus die Restausscheidung vom Vortag. Das Ziel dieser beschränkten Trinkmenge ist, dass die HD-Patienten zwischen den HD-Sitzungen nicht

mehr als 0.5 - 0.8 kg pro Tag zunehmen (Menche & Brandt, 2013). Wenn die Flüssigkeitsrestriktion nicht eingehalten wird, kann es zu schwerwiegenden Komplikationen wie Lungenödem kommen (Denhaerynck et al., 2007). Die Betroffenen werden angeleitet, auf Zeichen der Überwässerung zu achten (Menche & Brandt, 2013). Die Messung der interdialytischen Gewichtszunahme (IGZ) zwischen zwei HD-Sitzungen erlaubt es, die Einhaltung dieser Flüssigkeitsrestriktion zu kontrollieren (Denhaerynck et al., 2007). Die IGZ besteht aus dem Gewicht am Ende der HD-Sitzung und das Gewicht vor der nächsten Sitzung. Jedoch gibt es keinen Standard der Messungseinheit (Richard, 2006).

2.4 Selbstkontrolle

Selbstkontrolle (Self-Control) ist definiert als die Fähigkeit von Personen, ihre Emotionen, ihr Verhalten und ihre Wünsche zu kontrollieren und zu hinterfragen, um sich in der Gesellschaft zurechtzufinden (Pubmed, 2016). Selbstkontrolle erlaubt das eigene Verhalten zu verändern, um langfristige Ziele zu erreichen (Baumeister, Vohs, & Tiers, 2007). Bei HD-Patienten kann die Selbstkontrolle wichtig sein, um zum Beispiel die Ernährungsvorschriften und das Flüssigkeitsmanagement einzuhalten. Selbstkontrolle ist ein bewusster Prozess (Baumeister et al., 2007). Personen mit einer hohen Selbstkontrolle haben oft ein höheres Selbstwertgefühl. Sie können sich besser anpassen und gesünder leben (Tangney, Baumeister, & Boone, 2004).

2.5 Selbstwertgefühl

Das Selbstwertgefühl (Self-esteem) beeinflusst das psychische Wohlbefinden. Der Patient ist mit sich und seinem Leben zufrieden und die mit seinem Körper verbundenen Gefühle sind positiv. Emotionale Reaktionen sind über einen gewissen Zeitraum hinweg stabil und das eigene Selbstbild wird akzeptiert (Salomé & De Almeida, 2014). Ein geringes Selbstwertgefühl bei Patienten, die sich einer HD unterziehen, birgt die Gefahr, dass die Behandlungsdimensionen nicht eingehalten werden (Hedayati, Yalamanchili, & Finkelstein, 2012). Die Einschätzung des Selbstwertgefühls des Patienten durch eine Pflegefachperson ist bei der HD unerlässlich (Salomé, De Almeida, & Silveira, 2014). Laut Iliescu et al. (2003) zeigen Studien, dass das Gesundheitsniveau, der Leistungsstatus und das Selbstwertgefühl häufig geringer sind als erwartet und dass HD-Patienten, im Vergleich zur gesunden Bevölkerung, ein geringeres Selbstwertgefühl haben. Daher benötigen diese Patienten eine beständige Schulung über die Behandlung, um das Selbstwertgefühl zu steigern und den Patienten zu motivieren, sich selbst zu versorgen (Salomé et al., 2014).

2.6 Selbstbestätigungstheorie

Leistungserwartungen durch andere oder die alleinige Vorstellung der Erwartung anderer zur eigenen Person, also ein sogenannter Stereotyp, kann zu tatsächlich schlechter Leistung führen (Peterson, Rubie-Davies, Osborne, & Sibley, 2016; Steele & Aronson, 1995). Interventionen auf der Grundlage der Selbstbestätigungstheorie (Self-affirmation) könnten dem entgegenwirken. Sie verändern das Verhalten einer Person durch die Veränderung ihrer Einstellung (Walton, 2014)

Patienten werden über das Krankheitsmanagement regelmässig informiert und an ihre routinemässige Behandlung erinnert. Eine Aufklärung der Patienten über das Risiko einer vernachlässigten Behandlung reicht nicht aus, um ihr Verhalten zu ändern (Barnett, Li Yoong, Pinikahana, & Si-Yen, 2008). Die Selbstbestätigungstheorie sagt voraus, dass Menschen Informationen über Risiken ignorieren oder ablehnen, wenn die Information ihr Verhalten oder ihre Integrität in Frage stellt (das Gefühl, dass man ein guter Mensch ist) (Steele, 1988). Für Patienten, die regelmässig Empfehlungen nicht befolgen, ist die regelmässige Rückmeldung, dass ihr Verhalten selbstgefährdend ist, potenziell bedrohlich. Solche Wahrnehmungen der Bedrohung können zu Abwehrreaktionen führen (Cohen & Sherman, 2014). Selbstbestätigte Personen empfinden das Gesundheitsrisiko als persönlich relevant und geben an, dass sie eine höhere Selbstwirksamkeit und grössere Absichten für das gewünschte gesunde Verhalten haben (Epton & Harris, 2008).

2.7 Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit (Self-efficacy) situiert sich in der Theorie des sozialen Lernens und ist deren Hauptkonstrukt (Holloway & Watson, 2002; Kohno et al., 2010). Selbstwirksamkeit ist die subjektive Überzeugung, dass eine Aufgabe mit den eigenen Ressourcen erfolgreich bewältigt werden kann (Abderhalden & Jüngling, 2019).

Albert Bandura hat vier Komponenten definiert, welche die Quellen der Selbstwirksamkeit darstellen: eigene Erfahrung, indirekte Erfahrung, verbale Überzeugung, körperliche und emotionale Empfindungen. Die Komponente der eigenen Erfahrung basiert auf die positive und erfolgreiche Bewältigung von Aufgaben. Die indirekte Erfahrung entsteht bei Beobachtung von Vorbildern während einer erfolgreichen Bewältigung einer Aufgabe und deren Transfer und Vergleich mit den eigenen Kompetenzen. Durch verbale Überzeugung und Feedback wird dem Patienten suggeriert, dass er bestimmte Fähigkeiten besitzt. Die vierte Komponente sind die körperlichen und emotionalen Empfindungen. Das Ziel ist es, negative Gefühle durch positive zu ersetzen. Denn negative Emotionen sowie körperliche Symptome (wie zum Beispiel Schmerzen) beeinflussen die Gedanken und die Fähigkeiten, eine Situation meistern zu können, negativ (Bandura, 2006). Die

eigene Erfahrung stellt die wichtigste Quelle der Selbstwirksamkeit dar. Selbstwirksamkeit hat einen nachgewiesenen positiven Einfluss auf die Gesundheit. Die Selbstwirksamkeit beeinflusst körperliche Reaktionen, die psychische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Selbstwirksame Personen verhalten sich eher allgemein gesundheitsförderlich und können zum Beispiel Ernährungsprogramme eher durchhalten (Abderhalden & Jüngling, 2019). Selbstwirksame Personen zeigen eine schnellere Verbesserung ihrer Fähigkeiten nach einer Intervention (Richard & Shea, 2011). Wie das Health Belief Modell aufzeigt, werden Massnahmen erst angewandt, wenn die Person darauf vertraut, dass die Intervention selbstwirksam vollbracht werden kann (Klug Redman, 2009). Zudem führt die Förderung von Selbstwirksamkeit zu einer effektiveren Patientenedukation (Holloway & Watson, 2002; Kohno et al., 2010).

2.8 Patientenedukation

Patientenedukation enthält gezielte Massnahmen, um die Patienten und deren Angehörige bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur Erreichung der Pflegeziele. Dazu zählt die Stärkung des individuellen Selbstmanagements (Bischofberger & Bonsack, 2009). Der Prozess der Patientenedukation lässt sich ähnlich wie der Pflegeprozess in fünf Etappen unterteilen.

Der Lehrprozess beginnt oft nach einer veränderten Situation, indem neues Wissen zur Bewältigung der Krankheit oder zur Förderung der Gesundheit vermittelt werden muss. Es kann vorkommen, dass sich die Betroffenen der Veränderung ihrer Situation nicht bewusst sind und durch das Gesundheitspersonal darauf aufmerksam gemacht werden müssen (Klug Redman, Osterbrink, & Kraut, 1996). In der ersten Etappe muss der Lernbedarf der Patienten und in der zweiten die Lernmotivation ermittelt werden. Um Lernmotivation zu erzeugen, müssen Patienten überzeugt sein, dass bestimmte Veränderungen notwendig sind. Ebenso bestimmen ihre vorhandenen Fähigkeiten und die Anforderungen der Situation über die Lernmotivation (Klug Redman et al., 1996). Laut Redman (2009) schliesst Motivation die persönliche Freiheit, Wahl und Selbstbestimmung sowie das Streben nach der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit mit ein. In der dritten Etappe geht es darum, ein konkretes Ziel mit den Patienten zu formulieren. Dies kann die Eigenmotivation steigern. Ein gewisses Wissen über ein bestimmtes Gesundheitsthema muss vorhanden sein, bevor Patienten sinnvolle Ziele selbstständig formulieren können. Anhand der individuellen Ziele können Patientenedukationseinheiten entsprechend geplant und umgesetzt werden, sodass die Lerninhalte auf die Patienten zugeschnitten sind (Klug Redman, 2009). Eine Patientenedukationseinheit soll jeweils auf drei Ebenen stattfinden. Auf der kognitiven Ebene sollen Patienten verstehen, welchen Einfluss die Krankheit auf ihren Körper hat. Auf der affektiven Ebene sollen die Patienten

ihre Krankheit akzeptieren und bereit sein, für die Selbstpflege Verantwortung zu übernehmen. Auf der psychomotorischen Ebene sollen Handlungsabläufe erlernt werden. Jeder dieser Bereiche benötigt unterschiedliche Lernmethoden (Klug Redman et al., 1996). In der letzten Etappe werden die erworbenen Kompetenzen mittels der erarbeiteten Lernziele evaluiert. Es soll nicht nur Wissen zu Gesundheitsthemen überprüft werden, sondern auch das Verhalten. Nicht alle Patienten sind in der Lage, ihre Wissenslücken und nicht verstandene Inhalte zu benennen. Die Pflegefachpersonen werden angehalten, die Lernfortschritte in einem stetigen Prozess zum Beispiel durch Fragen oder Vorzeigen zu überprüfen (Klug Redman, 2009). Es muss damit gerechnet werden, dass gewisse Lerninhalte wiederholt, angepasst oder aufgefrischt werden müssen, weil der gewünschte Lerneffekt ausbleibt oder sich die Situation der Betroffenen verändert. Das gilt insbesondere bei Patienten mit chronischen Erkrankungen (Klug Redman et al., 1996).

2.8.1 Empowerment

Empowerment stärkt die Position der Patienten in der Zusammenarbeit mit Fachpersonen während der Patientenedukation (Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2006). Empowerment wurde in den letzten Jahren vor allem bei der Behandlung von chronisch erkrankten Patienten angewendet. Die WHO definiert dieses Konzept als integraler Bestandteil von Programmen zur Verbesserung der Patientensicherheit (Reichardt & Gastmeier, 2013). Laut Nau (2005) geht Empowerment davon aus, dass alle Personen die Fähigkeiten besitzen, sich selbst ihrer Angelegenheiten anzunehmen. Ist dies nicht der Fall, können diese Fähigkeiten entwickelt werden (Nau, 2005). Voraussetzung ist, dass Entwicklungs- und Handlungsmöglichkeiten geschaffen werden. Das Empowerment fördert die vorhandenen Ressourcen des Betroffenen, adäquate Coping-Strategien sowie die Aufrechterhaltung von gesundheitsförderlichem Verhalten. Empowerment zielt auf die Veränderung von gesundheitsrelevantem Verhalten ab, um Erkrankungen vorzubeugen und die Unabhängigkeit zu sichern. Dies wird erreicht, indem der geplante Lernprozess bewusst und konstruktiv erfolgt. Wichtig ist, dass die Betroffenen sich aktiv mit ihrer Lebenswirklichkeit auseinandersetzen und so die gesundheitlichen Risiken vermindern und neue Fähigkeiten entdecken und weiterentwickeln (Menche, 2014). Nau (2005) betont, dass die Beziehung zwischen den Betroffenen und den Pflegefachpersonen auf einer partizipativen und gleichwertigen Grundlage beruhen soll. Empowerment ist ein nicht linear verlaufender Prozess. Rückschläge sind möglich. Der Betroffene muss sich aktiv einbringen, indem er gemeinsam mit der Pflegefachperson Entscheidungen zur Krankheitsbewältigung trifft und seine Meinung vertritt (Nau, 2005). Pflegefachpersonen sollten in diesem Prozess eine emphatische, wertschätzende und geduldige Haltung aufzeigen.

Ebenso müssen sie der betroffenen Person aktiv zuhören und ihr gegenüber waches Interesse zeigen sowie punktuelle praktische Hilfestellungen bieten. Der Betroffene soll ernst und wahrgenommen werden, indem Pflegefachpersonen seine Erfahrungen, Bedürfnisse und Rechte anerkennen. Wichtig ist es, den Betroffenen zu stärken (Wettstein, 2016). Die Entdeckung verborgener und neuer Fähigkeiten und Kompetenzen können durch einen Mentor gefördert werden. Peertreffen stellen ein förderliches Klima für den Erfahrungsaustausch unter Gleichbetroffenen dar. Das Teilen von Frust und Ängsten, aber auch Erfolgen lässt das Gefühl der Zusammengehörigkeit und Stärke wachsen, wobei sich eine kraftvolle emotionale Basis ergeben kann (Nau, 2005). Es ist wichtig sich dem Tempo und der Vorstellungen des Betroffenen anzupassen. Aufgabe der Pflege ist es, eine ausreichende Wissensvermittlung zu garantieren (Wettstein, 2016). Am Ende des Empowerment-Prozesses muss der Betroffene akzeptieren, dass er sich verändert hat. Ebenso muss er bewusst erfahren, dass er in der Gesellschaft eine neue Rolle hat, die wichtig ist (Nau, 2005). Die entwickelten Fähigkeiten werden umgesetzt und in den sozialen Alltag integriert. Der Betroffene gewinnt an Selbstvertrauen und die Kontrollüberzeugung, dass sein Handeln ein bestimmtes Ergebnis hervorbringt (Nau, 2005; Wettstein, 2016). Die Betroffenen haben ein neues Selbstbild und eine neue Routine erworben. Oft bemühen sie sich ihre Erfahrungen weiterzugeben (Wettstein, 2016).

In Bezug auf HD-Patienten spielt Empowerment eine grosse Rolle. Die Betroffenen sind mit Veränderungen des Lebensstils konfrontiert. Diese Veränderungen wirken sich auf das psychologische und psychosoziale Wohlbefinden aus. HD-Patienten müssen die fünf Dimensionen managen. Diese Herausforderungen können bei Patienten zum Gefühl des Kontrollverlustes führen. Pflegefachpersonen fördern die Entwicklung von Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten, um diese zu ermächtigen. Das stellt ein wesentlicher Bestandteil der Betreuung dar. Bei HD-Patienten hat das Empowerment zu einem Rückgang des Mortalitätsrisikos geführt (McCarley, 2009).

2.8.2 Motivierende Gesprächsführung

Die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing - MI) trägt dazu bei, das Engagement und das Empowerment von HD-Patienten zu erhöhen. Die MI hat bei verschiedenen chronischen Erkrankungen positive Auswirkungen auf die Patientenergebnisse gezeigt. MI ist ein Bestandteil des Beratungsansatzes und fokussiert sich auf die Patientenziele und das Selbstmanagement. Bei der MI helfen die Pflegefachpersonen den Patienten die Gründe für und gegen eine Verhaltensänderung festzulegen. Das Verhalten sowie eine Veränderung des Gesundheitszustandes können die Erreichung der Ziele beeinflussen. MI kann die Selbstwirksamkeit fördern und unterstützen (McCarley, 2009). Einer der wichtigsten Bestandteile der MI ist die partnerschaftliche Beziehung

zwischen Pflegefachperson und Patient. Die Pflegefachperson versucht durch die Grundhaltung, der partnerschaftlichen Beziehung, Evokation und Autonomie, eine positive Atmosphäre zu schaffen. Das Ziel ist es, Veränderung und selbstbestimmte Entscheidungen der Patienten zu fördern. Der Patient soll seine intrinsische Motivation und Ressourcen zur Veränderung selbst aufbringen. MI umfasst vier Beratungstechniken, welche dem Ratsuchenden helfen sollen, ihr ambivalentes Verhalten betreffend ihrer Gesundheit zu hinterfragen. Diese umfasst folgende Vorgehensweisen: Empathie ausdrücken, Diskrepanz erzeugen, Widerstand umlenken und die Selbstwirksamkeit des Gesprächspartners stärken. Drei Schlüsselmethoden der MI sind Aktives Zuhören, Antworten auf «change talk» und Umgang mit Widerstand (Miller & Rollnick, 2009).

3 METHODE

Im folgenden Kapitel werden das Design und das methodische Vorgehen für diese Bachelorarbeit aufgezeigt.

3.1 Design

Die Fragestellung wurde anhand einer Literaturübersicht bearbeitet. Eine Literaturübersicht erlaubt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu einem bestimmten Thema. Die Erarbeitung einer Literaturübersicht entspricht den Kompetenzen der Ausbildung zur Pflegefachperson an der Hochschule für Gesundheit Freiburg auf Bachelor-niveau. Die Autorinnen zielen darauf, mittels einer Literaturübersicht aktuelle evidenzbasierte Interventionen zur Selbstmanagementförderung bei HD-Patienten aufzuzeigen, zu beurteilen und zu diskutieren sowie Empfehlungen für die Implementierung in die Praxis und für weitere Forschungen abzugeben.

3.2 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfasst den aktuellen Forschungsstand eines spezifischen Themas. Sie erlaubt es, sich einen Überblick über vorhandenes Wissen zu erarbeiten und das Thema einer Arbeit einzugrenzen sowie den theoretischen Rahmen zu realisieren (Mayer, 2015).

3.2.1 Suchstrategie

Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. In PubMed wurden MeSH-Terms und in CINAHL Cinahl-Headings verwendet. Die Suchbegriffe, welche im Zusammenhang mit der Fragestellung stehen und für die Recherche verwendet wurden, sind in Tabelle 2 dargestellt. Die Autorinnen verbanden die Suchbegriffe mit OR und verknüpften die verschiedenen Themenblöcke mit AND. Die Autorinnen führten die Literaturrecherche zwischen Dezember 2018 und Februar 2019 durch. Die definitive Entscheidung über die eingeschlossenen Studien fiel am 15. Februar 2019.

Thema	Cinahl-Headings	MesH
Hämodialyse	Dialysis, renal replacement therapy, hemodialysis	Dialysis, renal dialysis, renal replacement therapy
Selbstmanagement	Self-care, self-control, self-efficacy	Self-management, self-control, self-care, self-efficacy

Tabelle 2: Suchbegriffe

Die Suchbegriffe wurden anhand der Fragestellung definiert. Es wurden Synonyme zum Begriff Selbstmanagement gesucht, um auf mehr Literatur zu treffen. Der Themenblock der chronischen Niereninsuffizienz wurde gestrichen, denn die Einschränkungen in der Literatur waren dadurch bedeutend.

Datenbank	Suchbegriffe und angewendete Operatoren	Limiten
PubMed	(((((“Self-Management”[Mesh]) OR “Self-Control”[Mesh]) OR “Self Care”[Mesh]) OR “Self Efficacy”[Mesh])) AND (((“Dialysis” [Mesh]) OR “Renal Dialysis”[Mesh]) OR “Renal Replacement Therapy”[Mesh])	Abstract, published in the last 10 years, Humans, Adult: 19+ years
CINAHL	((((MH “Self Care”) OR MH “Self-Control”) OR MH “Self-Efficacy”)) AND (((MH “Dialysis”) OR MH “Renal Replacement Therapy”) OR MH “Hemodialysis”)	published date 20090101-20191231, all adult

Tabelle 3: Suchstrategie

3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien, Limiten

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Bachelorarbeit waren folgende:

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Erwachsene	Nierentransplantation
Terminale Niereninsuffizienz	Chronische Niereninsuffizienz
Hämodialyse	Akute Niereninsuffizienz
	Peritonealdialyse
	Kognitive Einschränkungen/Demenz-Erkrankungen
	Entwicklungsländer
	Diabetes mellitus

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien

Die Autorinnen haben die Einschlusskriterien anhand der Fragestellung gewählt. Ausgeschlossen wurden Studien mit Personen mit kognitiven Einschränkungen. Zudem setzten die Autorinnen die Peritonealdialyse und die Nierentransplantation als Ausschlusskriterien fest, da sich die Literaturübersicht auf das Selbstmanagement bei der HD begrenzt. Studien, welche aus Entwicklungsländern stammen, wurden ausgeschlossen, da sich die Versorgungsstandards nicht auf die Schweiz übertragen lassen. Weiter

schlossen die Autorinnen Studien, welche als Hauptfokus das Krankheitsbild des Diabetes mellitus im Zusammenhang mit der Niereninsuffizienz thematisiert haben, aus.

In PubMed sowie in CINAHL wurde die Limite des Alters auf «19+ years old» bzw. «all adults» gesetzt. Die Autorinnen haben in beiden Datenbanken nach Studien gesucht, welche in den letzten zehn Jahren publiziert wurden, um aktuelle Literatur zu finden. In PubMed wurden zusätzlich die Limiten «Abstract» und «Humans» gewählt.

3.3 Analyse

Die acht eingeschlossenen Studien für die Literaturübersicht wurden in einer Tabelle narrativ zusammengefasst, wobei jede Autorin zwei bis drei Studien zusammenfasste. Sieben Studien (Aliasgharpour, Shomali, Moghaddam, & Faghihzadeh, 2012; Cho, 2013; Kim, 2018; Liu, Liu, Wang, An, & Jiao, 2016; Poorgholami, Javadpour, Saadatmand, & Jahromi, 2015; Wang & Chiou, 2011; Wileman et al., 2016) wurden anhand des Beurteilungsbogens von Behrens und Langer (2010) kritisch beurteilt. Eine Studie (Lingerfelt & Thornton, 2011) wurde anhand des Mixed Methods Appraisal Tool von Hong et al. (2018) beurteilt. Die Autorinnen beurteilten vier Studien (Aliasgharpour et al., 2012; Cho, 2013; Liu et al., 2016) gemeinsam. Die weiteren vier Studien wurden unter den Autorinnen aufgeteilt und kritisch beurteilt (Lingerfelt & Thornton, 2011; Poorgholami et al., 2015; Wang & Chiou, 2011; Wileman et al., 2016). Das Ergebnis sowie das Diskussionskapitel haben die Autorinnen in Kategorien gegliedert. Diese Kategorien haben sich aus der Analyse der Ergebnisse der acht eingeschlossenen Studien ergeben. Dies stellt somit ein induktives Vorgehen dar.

3.4 Ethik

In sieben von acht Studien dieser Literaturübersicht wurde schriftlich eine informierte Einwilligung der Teilnehmer und eine ethische Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt (Aliasgharpour et al., 2012; Cho, 2013; Kim, 2018; Lingerfelt & Thornton, 2011; Liu et al., 2016; Wang & Chiou, 2011; Wileman et al., 2016). In der Studie von Poorgholami, Javadpour, Saadatmand und Jahromi (2015) wurde eine informierte Einwilligung der Teilnehmer schriftlich eingeholt, jedoch sind keine Angaben zu einer ethischen Genehmigung einer Ethikkommission ersichtlich.

4 ERGEBNISSE

Nachfolgend werden die eingeschlossenen Studien und deren Merkmale erläutert. Die Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien werden anhand von Kategorien dargestellt.

4.1 Eingeschlossene Studien

In der Abbildung 3 ist das methodische Vorgehen der Literaturrecherche in einem Flow-Diagramm dargestellt. Es wurden acht Studien für die Literaturübersicht ausgewählt.

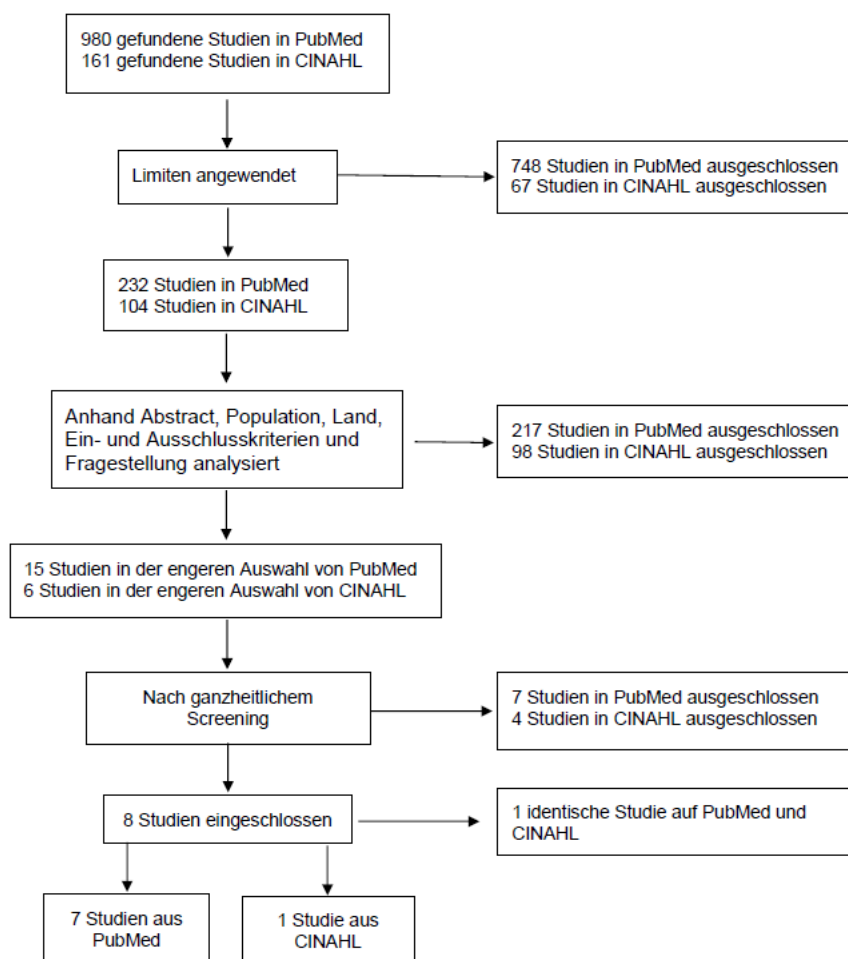


Abbildung 3: Vorgehensweise der Literaturrecherche

4.2 Merkmale und Qualität der eingeschlossenen Studien

Alle acht eingeschlossenen Studien haben einen quantitativen Forschungsansatz. Die Studien von Cho (2013), Liu et al. (2016) und Wileman et al. (2016) sind randomisierte kontrollierte Studien (RCT). Die fünf weiteren Studien haben ein quasi-experimentelles Design (Aliasgharpour et al., 2012; Kim, 2018; Lingerfelt & Thornton, 2011; Poorgholami et al., 2015; Wang & Chiou, 2011). Die quasi-experimentelle Studie von Lingerfelt und Thornton (2011) ist die einzige Ein-Gruppen-Vorher-Nachher-Studie. Sechs Studien

stammen aus Asien, wobei zwei aus dem Iran (Aliasgharpour et al., 2012; Poorgholami et al., 2015), zwei aus Südkorea (Cho, 2013; Kim, 2018), eine aus China (Liu et al., 2016) und eine aus Taiwan (Wang & Chiou, 2011) sind. Nur eine eingeschlossene Studie stammt aus Europa, aus Grossbritannien (Wileman et al., 2016). Die Studie von Lingerfelt und Thornton (2011) stammt aus Tennessee, United States of Amerika (USA). Die Zusammenfassungen der Studien sind in tabellarischen Übersichten im Anhang B: Tabellarische Übersichten der Studien hinterlegt. Jede einzelne eingeschlossene Studie hat eine eigene Intervention sowie unterschiedliche Outcomes gemessen und dafür verschiedene Instrumente verwendet. Daher waren die Ergebnisse nur begrenzt untereinander vergleichbar. Zudem verwenden die Studien von Cho (2013), Kim (2018) und Wang & Chiou (2011) Selbstpflege und Selbstmanagement als synonym. Eine Tabelle mit den Instrumenten aller eingeschlossenen Studien befindet sich im Anhang D: Tabelle der verwendeten Instrumente.

Die Autorinnen beurteilten die eingeschlossenen Studien kritisch. Die Beurteilungen sind anhand eines Ampelschemas veranschaulicht. Die ausführlichen kritischen Beurteilungen befinden sich im Anhang C: Kritische Beurteilungen der Studien. Das grüne Häkchen bedeutet, dass dieses Kriterium in der Studie klar ersichtlich und erfüllt ist. Das gelbe Fragezeichen bedeutet, dass das Kriterium teilweise erfüllt oder unklar beschrieben ist. Wenn die Informationen vollständig fehlen oder ein Kriterium nicht erfüllt ist, steht ein rotes Kreuz.

		Aliasgharpour et al. (2012)	Cho (2013)	Kim (2018)	Liu et al. (2016)	Poorgholami et al. (2015)	Wang & Chiou (2011)	Wileman et al. (2016)
Glaubwürdigkeit	1. Rekrutierung, Randomisierung	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓
	2. Follow-up/Drop-outs	✓	✓	✓	✓	?	?	✗
	3. Verblindung	?	✓	?	?	?	✗	?
	4. Basis-Merkmale	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	5. Gleichbehandlung	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	6. Wechsler	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓
	7. Stichprobengrösse	?	✓	✓	✓	?	?	?
	8. Vergleichbarkeit mit anderen Ergebnissen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	9. Behandlungseffekt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	10. Zufälligkeit der Ergebnisse	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Aussagekraft	11. Präzise Ergebnisse (Konfidenzintervall)	?	?	?	✓	?	✓	✓
	12. Übertragbarkeit	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anwendbarkeit	13. Alle Aspekte enthalten	✓	✓	✓	✓	x	✓	?
	14. Nutzen/Kosten (NNT)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?
	15. Ethische Grundlagen	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓

Tabelle 5: Ampelschema

Lingerfelt & Thornton (2011) Screening	
1. Klare Fragestellung formuliert	✓
2. Entsprechende Datensammlung	✓
Nicht randomisierte quantitative Studie	
3. Ist die Stichprobe repräsentativ?	✓
4. War das Messinstrument geeignet?	✓
5. War die Datensammlung komplett?	✓
6. Waren Störfaktoren vorhanden?	?
7. Geplante Durchführung der Intervention?	✓

Tabelle 6: Ampelschema

4.3 Ergebnisse der Studien

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien aufgezeigt. Die Ziele, Interventionen und die Outcomes der Studien werden jeweils kurz erläutert. Ausführlichere Zusammenfassungen der eingeschlossenen Studien befinden sich im Anhang B: Tabellarische Übersichten der Studien. Die Ergebnisse sind in Kategorien nach Outcome unterteilt: Selbstpflege, Selbstwirksamkeit, Selbstmanagementverhalten, Wissen und Selbstwertgefühl.

4.3.1 Selbstpflege

Die RCT von Cho (2013) untersucht die Wirkung eines Gesundheitsvertrags (health contract intervention, HCI) auf das Selbstpflegeverhalten und auf physiologische Parameter, wie Phosphat, Kalium und die IGZ von 43 HD-Patienten. Die Outcomes waren unter anderem das Selbstpflegeverhalten, das Medikations-, das Ernährungs- und das Gewichtsmanagement. Die HCI wurde einmal pro Woche für vier Wochen eingesetzt. Jede Sitzung dauerte 30-60 Minuten. Eine Woche vor jeder Sitzung wurde den Teilnehmern ein Selbstpflegeprotokoll abgegeben, welches sie für die nächste Sitzung ausfüllten. Jede Sitzung verlief in Phasen: Zu Beginn die Einführungsphase, danach die gemeinsame Zielsetzung und zum Schluss die Verstärkungsphase. Jeder Teilnehmer schrieb ein individuelles Ziel auf und verpflichtete sich mit seiner Unterschrift dieses zu erreichen. Damit schlossen die Forscher den Vertrag ab. Ab der zweiten Woche wurde die Zielerreichung anhand der Protokolle und einer Checkliste gemessen. Der Gesundheitsvertrag führte in der Interventionsgruppe (IG; n=21) zur verbesserten Selbstpflege. Vor der Intervention lag der Mittelwert der Selbstpflege bei der IG bei 3.41 (\pm 0.52), nach der Intervention bei 3.77 (\pm 0.56). Bei der Kontrollgruppe (KG) lag der Mittelwert der Selbstpflege an der Baseline bei 3.39 (\pm 0.55) und nach vier Wochen bei 3.34 (\pm 0.46). Die IG erreichte signifikant höhere Mittelwerte in der Selbstpflege ($p=0.011$) nach der Intervention als die KG, welche Standardpflege erhielt.

Kim (2018) untersuchte in einer quasi-experimentellen Studie den Effekt eines Selbstmanagementprogrammes, basierend auf einer rational-emotionalen-Verhaltenstherapie, auf die Selbstwirksamkeit und die Selbstpflege bei 48 HD-Patienten. Die Intervention bestand aus acht Sitzungen zu jeweils 50 Minuten. Die ersten zwei Sitzungen zum Thema „Wahrnehmung der Situation“, eine Sitzung zur emotionalen Regulation und weitere fünf Sitzungen zum Thema „Verhaltensanpassung“ wurden mit unterschiedlichen Methoden gestaltet. Zudem wurde ein Programmbüchlein, sowie Lernmaterialien mit dem Diät-Ampel-Modell und Postern mit diätkonformen Menüvorschlägen abgegeben. Das Selbstmanagementprogramm führte bei der IG (n=24) zu höheren Mittelwerten in der Selbstpflege als bei der KG. Vor der Intervention betrug der Selbstpflege-Mittelwert der IG 3.91 (\pm 0.44), acht Wochen nach der Intervention 4.38 (\pm 0.42) und nach 12 Wochen 4.41 (\pm 0.47). Vor der Intervention betrug der Mittelwert der Selbstpflege der KG 3.38 (\pm 0.56), nach acht Wochen 4.00 (\pm 0.49) und nach 12 Wochen 4.03 (\pm 0.49). Der Unterschied zwischen den Gruppen war sowohl nach acht Wochen ($p<0.03$) als auch nach 12 Wochen signifikant ($p<0.038$).

Wang und Chiou (2011) untersuchten in einer quasi-experimentellen Studie die Wirksamkeit eines interaktiven Multimedia-CD-Edukationsprogramms auf das Wissen über Selbstpflege sowie auf das Selbstpflegeverhalten und auf das Gefühl der Machtlosigkeit.

Die IG (n= 30 von 60) wurde mit einer interaktiven Multimedia-CD vier Wochen lang zur Gesundheitserziehung instruiert. Die CD umfasste krankheits- und behandlungsbezogenes Wissen. Danach erhielt die IG während ihrer HD-Sitzungen eine Patientenedukation zum Thema Selbstpflegeverhalten und Machtlosigkeit. Das interaktive Multimedia-CD-Edukationsprogramm zeigte eine signifikante Erhöhung der Mittelwerte der Selbstpflege nach vier und acht Wochen bei der IG (Baseline: 65.20 (\pm 8.49), Konfidenzintervall (CI): 65.20 \pm 3.04; vier Wochen: 67.00 \pm 1.34, CI: 67.00 \pm 0.48; acht Wochen: 66.80 \pm 1.34, CI: 66.80 \pm 0.48; $p < 0.001$). Vor der Intervention gab es keinen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten der Selbstpflege zwischen beiden Gruppen ($p = 0.297$). Der erhöhte Mittelwert der Selbstpflege blieb in der IG nach acht Wochen erhalten ($p < 0.001$). Nach acht Wochen war der Unterschied zwischen den Mittelwerten der Selbstpflege der IG und der KG signifikant ($p = 0.011$).

4.3.2 Selbstwirksamkeit

Das Ziel der quasi-experimentellen Studie von Aliasgharpour et al. (2012) war, die Wirkung eines Selbstwirksamkeitsförderungsprogramm auf die Körpergewichtsveränderungen und auf die Selbstwirksamkeit bei 63 HD-Patienten zu untersuchen. Die IG (n=32) wurde mit der face-to-face-lecture Methode in kleinen Gruppen (zwei bis drei Patienten) unterrichtet. Das Edukationsmaterial entsprach den vier Komponenten der Selbstwirksamkeit. Neben den Lektionen erhielten die Teilnehmer ein Büchlein mit Zusammenfassungen des Unterrichts und dazugehörigen Bildern. Die Patientenedukation wurde in sechs nachfolgenden Sessionen unterbreitet. Sie fand eine halbe Stunde vor der HD-Sitzung und während der HD-Sitzung statt. Die Intervention dauerte zwei Wochen. Sofort nach der letzten Unterrichtssession sowie zwei Monate danach wurde das Körpergewicht der Teilnehmer gemessen. Das Selbstwirksamkeitsförderungsprogramm zeigte bei der IG einen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten der Selbstwirksamkeit in den drei Messungen ($p < 0.001$). Vor der Intervention betrug der Mittelwert der Selbstwirksamkeit 67.30 (\pm 19.60), nach der Intervention 80.50 (\pm 16.90) und nach zwei Monaten 86.90 (\pm 14.70). Die Mittelwerte der Selbstwirksamkeit in der IG waren signifikant höher als in der KG nach Abschluss der Intervention ($p < 0.001$) und zwei Monate ($p < 0.001$) danach.

Die IG, in der quasi-experimentellen Studie mit dem Selbstmanagementprogramm von Kim (2018), zeigte eine signifikante Verbesserung gegenüber der KG in den Mittelwerten der Selbstwirksamkeit ($p < 0.0003$) nach acht Wochen. Vor der Intervention betrug der Mittelwert der Selbstwirksamkeit der IG 3.06 (\pm 0.43), acht Wochen nach der Intervention 3.46 (\pm 0.32) und nach 12 Wochen 3.45 (\pm 0.41). Vor der Intervention betrug der Mittelwert der Selbstwirksamkeit der KG 3.18 (\pm 0.36), nach acht Wochen 3.24 (\pm 0.31) und

nach 12 Wochen $3.23 (\pm 0.39)$. Ebenso gab es nach 12 Wochen ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der Selbstwirksamkeit der IG und KG ($p < 0.0016$).

4.3.3 Selbstmanagementverhalten

Liu et al. (2016) untersuchte mittels einer RCT die Auswirkung eines Wissens- und Verhaltensaufklärungsmodells (knowledge-attitude-behaviour health education model) auf den Erwerb von krankheitsbezogenem Wissen und Selbstmanagementverhalten bei 86 HD-Patienten. Die IG ($n = 43$) musste einen Fragebogen ausfüllen. Danach erhielten die Patienten krankheitsbezogene Informationen und Patientenedukation zu Grundsätzen und wichtigen Aspekten der HD, Prävention von Komplikationen und Notfallbehandlungen anhand von schriftlichen Materialien, Vorträgen und Gesprächen mit Pflegefachpersonen. Alle zwei Wochen führten die Studienleiter mit der IG eine Diskussionsrunde durch. Die IG wurde stufenweise trainiert, um ihre Krankheit selbst zu managen. Die Studienleiter verteilten Ausbildungsmaterial zur HD, führten Interviews mit Patienten und Familie, hielten Vorträge zu HD und richteten Telefonhotlines mit medizinischem Personal ein. Ärzte und Experten vermittelten krankheitsbezogenes Wissen in den verschiedenen Bereichen. Das Wissens- und Verhaltensaufklärungsmodell zeigte einen positiven Effekt auf das Selbstmanagementverhalten in der IG. Die Mittelwerte aller in dieser Studie erfassten Variablen für das Selbstmanagementverhalten waren in beiden Gruppen signifikant höher nach der Intervention ($p < 0.05$). Jedoch waren die Mittelwerte aller Variablen für die IG signifikant höher als die der KG ($p < 0.05$). Die Ergebnisse zu den Variablen des Medikamentenmanagements, des Selbstmanagements der Ernährungsvorschriften und des Gewichtsmanagements waren für diese Literaturübersicht relevant und werden nachfolgend aufgezeigt.

4.3.3.1 Medikamentenmanagement

Die IG in der RCT von Liu et al. (2016) erzielte vor der Intervention einen Mittelwert im Medikamentenmanagement von $4.53 (\pm 1.07; CI: 4.21, 4.84)$ und nach 24 Wochen einen Mittelwert von $5.86 (\pm 0.94; CI: 5.57, 6.14)$. Der Mittelwert des Medikamentenmanagements nach 24 Wochen ist in der IG signifikant höher als vor der Intervention ($p < 0.001$). Die KG erzielte einen Mittelwert von $4.76 (\pm 0.71; CI: 4.54, 4.97)$ vor der Intervention und nach 24 Wochen einen Mittelwert von $4.88 (\pm 0.69; CI: 4.67, 5.08)$. Es gab in der KG keine signifikante Verbesserung der Mittelwerte für das Medikamentenmanagement zwischen den beiden Messzeitpunkten. Nach 24 Wochen gab es einen signifikanten Unterschied zwischen den Mittelwerten des Medikamentenmanagements der beiden Gruppen ($p < 0.001$).

Cho (2013) untersuchte die Auswirkung des Gesundheitsvertrages auf das Medikamentenmanagement. In der IG stieg der Mittelwert des Medikamentenmanagements von 4.23 (± 0.64) vor der Intervention auf 4.45 (± 0.48) nach der vierwöchigen Intervention. Bei der KG sank dieser Mittelwert von 4.57 (± 0.52) vor der Intervention auf 4.34 (± 0.59) nach der Standardpflege. Zwischen den Mittelwerten beider Gruppen gibt es sowohl vor der Intervention ($p=0.093$) als auch nach der Intervention ($p=0.827$) keinen signifikanten Unterschied.

4.3.3.2 Selbstmanagement der Ernährungsvorschriften

Die IG in der RCT von Liu et al. (2016) erzielte vor der Intervention einen Mittelwert im Selbstmanagement der Ernährungsvorschriften von 6.86 (± 1.14 ; CI: 6.51, 7.20) und nach 24 Wochen einen Mittelwert von 8.46 (± 0.98 ; CI: 8.16, 8.75). Der Mittelwert ist in der IG nach 24 Wochen signifikant höher als vor der Intervention ($p<0.001$). Die KG erzielte einen Mittelwert im Selbstmanagement der Ernährungsvorschriften von 6.60 (± 1.04 ; CI: 6.28, 6.91) vor der Intervention und nach 24 Wochen einen Mittelwert von 7.18 (± 0.85 ; CI: 6.92, 7.43). In der KG gab es eine signifikante Verbesserung der Mittelwerte für das Selbstmanagement der Ernährungsvorschriften zwischen den beiden Messzeitpunkten ($p=0.003$). Nach 24 Wochen gab es einen signifikanten Unterschied der Mittelwerte zwischen den beiden Gruppen ($p<0.001$).

In der RCT von Cho (2013) erzielte die IG in Bezug auf das Selbstmanagement der Ernährungsvorschriften einen Mittelwert von 3.10 (± 0.66) vor der Intervention und danach einen Mittelwert von 3.75 (± 0.68). Im Vergleich dazu erzielte die KG einen Mittelwert von 3.20 (± 0.78) beziehungsweise von 3.35 (± 0.62). Nach der Intervention war der Unterschied zwischen den Mittelwerten beider Gruppen signifikant ($p=0.017$).

4.3.3.3 Gewichtsmanagement

Die IG in der RCT von Liu et al. (2016) erzielte vor der Intervention einen Mittelwert im Gewichtsmanagement von 4.51 (± 1.18 ; CI: 4.15, 4.86) und nach 24 Wochen einen Mittelwert von 5.83 (± 0.78 ; CI: 5.59, 6.06). Der Mittelwert in der IG nach 24 Wochen ist signifikant höher als vor der Intervention ($p<0.001$). Die KG erzielte einen Mittelwert im Gewichtsmanagement von 4.77 (± 0.86 ; CI: 4.85, 5.32) vor der Intervention und nach 24 Wochen einen Mittelwert von 5.09 (± 0.78 ; CI: 4.85, 5.32). Es gab eine signifikante Verbesserung der Mittelwerte zwischen den beiden Messzeitpunkten in der KG ($p=0.037$). Nach 24 Wochen gab es einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen in den Mittelwerten ($p<0.001$).

Durch den Gesundheitsvertrag von Cho (2013) sank der Mittelwert der mittleren IGZ der Teilnehmer in der IG von 2.03 (± 0.71) vor der Intervention auf 1.67 (± 0.68) nach der

vierwöchigen Intervention. Bei der KG stieg der Mittelwert der mittleren IGZ von 1.99 (± 0.63) auf 2.14 (± 0.58). Der Unterschied zwischen den Mittelwerten der IGZ beider Gruppen war nach der Intervention signifikant ($p=0.017$).

Aliasgharpour et al. (2012) untersuchte die Auswirkung des Selbstwirksamkeitsförderungsprogramm ebenso auf das Gewichtsmanagement. Vor der Intervention betrug der Mittelwert der mittleren IGZ der IG 2.70 (± 0.77), direkt nach der Intervention 2.20 (± 0.65) und zwei Monate nach der Intervention 2.10 (± 0.67). In der KG betrug der Mittelwert der mittleren IGZ vor der Intervention 2.60 (± 0.59) und direkt nach der Intervention ebenso 2.60 (± 0.60). Jedoch betrug der Mittelwert in der KG nach zwei Monaten 2.80 (± 0.56). Direkt und zwei Monate nach der Intervention war der Mittelwert der mittleren IGZ der IG signifikant ($p=0.02$) tiefer als derjenige der KG.

Die Studie von Wileman et al. (2016) untersuchte in einer RCT die Verbesserung des Flüssigkeitsmanagements bei 89 HD-Patienten mit Interventionen, welche auf der Selbstbestätigungstheorie basieren. HD-Patienten haben während der regelmässigen HD-Sitzungen Fragebögen ausgefüllt. Das Material war in beiden Gruppen identisch. Die IG ($n= 49$) erhielt zusätzlich selbstbestätigende Fragen gestellt. Die Ja-Antworten wurden vertieft. Daraufhin erhielten beide Gruppen Informationen über das Risiko von Komplikationen wie Muskelkrämpfe beim Nicht-Einhalten der Flüssigkeitsrestriktionen. Sofort nach dem Erhalt dieser Informationen mussten die Patienten beider Gruppen einen Fragebogen ausfüllen, indem sie die Informationen bewerten mussten. Zudem füllten sie einen Fragebogen aus, indem sie ihre Absicht zur Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme und Selbstwirksamkeit bewerteten. Zur klinischen Messung des Flüssigkeitsmanagements diente die IGZ und die durch die HD entfernte Flüssigkeit. Die IG erzielte vor der Intervention Mittelwerte der mittleren IGZ von 2.50 (± 0.57) und nach sechs Monate nach der Intervention 2.10 (± 0.99). Nach weiteren sechs Monaten stieg der Mittelwert der mittleren IGZ auf 2.40 (± 0.78). In der KG betrug der Mittelwert der mittleren IGZ 2.30 (± 0.55) vor der Intervention. Nach sechs Monaten betrug der Mittelwert 2.30 (± 0.77) und nach 12 Monaten 2.40 (± 0.65). Der Unterschied der Mittelwerte der mittleren IGZ nach sechs Monaten war zwischen beiden Gruppen signifikant ($p<0.04$). Nach weiteren sechs Monaten nahmen die Mittelwerte der mittleren IGZ in beiden Gruppen wieder zu. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Mittelwerten der IG und der KG ($p=0.27$).

4.3.4 Wissen

Die Intervention mit dem Wissens- und Verhaltensaufklärungsmodell der RCT von Liu et al. (2016) erzielte in der IG sechs Monate nach der Intervention signifikant höhere Mittelwerte im krankheitsbezogenen Wissen in allen Variablen im Vergleich zu vor der Intervention ($p < 0.05$). Im Vergleich zur KG hat die IG signifikant höhere Mittelwerte im krankheitsbezogenen Wissen ($p < 0.05$). Das krankheitsbezogene Wissen umfasste unter anderem Wissen über das Gewichtsmanagement, über die Ernährungsvorschriften, über die Angemessenheit der HD und über die medikamentöse Behandlung. Die IG erzielte beim Wissen über das Gewichtsmanagement vor der Intervention einen Mittelwert von 5.04 (± 1.29 ; CI: 4.65, 5.42) und nach 24 Wochen einen Mittelwert von 7.35 (± 0.81 ; CI: 7.10, 7.59). Die Mittelwerte in der IG für das Wissen über die Ernährungsvorschriften betrugen vor der Intervention 5.12 (± 1.35 ; CI: 4.71, 5.52) und nach 24 Wochen 7.60 (± 0.82 ; CI: 7.35, 7.84). Beim Wissen über die Angemessenheit der HD erzielte die IG vor der Intervention einen Mittelwert von 5.51 (± 1.14 ; CI: 5.16, 5.85) und nach 24 Wochen einen Mittelwert von 7.26 (± 0.82 ; CI: 7.01, 7.50). Der Mittelwert des Wissens über die medikamentöse Behandlung stieg von 3.88 (± 1.33 ; CI: 3.48, 4.27) vor der Intervention auf 5.28 (± 0.59 ; CI: 5.10, 5.45) nach 24 Wochen. In allen vier Bereichen stiegen die Mittelwerte in der IG signifikant ($p < 0.001$). Die KG erzielte bei keinem Bereich eine signifikante Verbesserung der Mittelwerte. Zwischen den beiden Gruppen gab es in den genannten vier Bereichen einen signifikanten Unterschied in den Mittelwerten nach 24 Wochen ($p < 0.001$).

Wang und Chiou (2011) untersuchten in einer quasi-experimentellen Studie die Wirksamkeit eines interaktiven Multimedia-CD-Edukationsprogramms auf das Wissen über Selbstpflege nach vier und acht Wochen. Die Mittelwerte des Wissens über die Selbstpflege stiegen in der IG von Beginn an bis zur achten Woche linear. Der Mittelwert der IG vor der Intervention betrug 13.07 (± 3.12 ; CI: 13.07 \pm 1.12). Nach vier Wochen stieg dieser Mittelwert auf 21.60 (± 2.19 ; CI: 21.60 \pm 0.78) und nach acht Wochen betrug dieser 21.47 (± 2.18 ; CI: 21.47 \pm 0.78). Vor der Intervention betrug der Mittelwert des Wissens über die Selbstpflege in der KG 13.83 (± 3.75 ; CI: 13.83 \pm 1.34), nach vier Wochen 15.13 (± 3.95 ; CI: 15.13 \pm 1.41) und nach acht Wochen 17.00 (± 3.83 ; CI: 17.00 \pm 1.37). Nach einem Monat blieben die gestiegenen Mittelwerte in der IG erhalten ($p < 0.001$). Die Mittelwerte des Wissens über die Selbstpflege der IG und KG unterschieden sich vor und nach der Intervention signifikant ($p < 0.000$). Der Unterschied zwischen den Mittelwerten vor und nach der Intervention war in der IG signifikant höher als in der KG ($p < 0.001$).

Die Ein-Gruppen-Vorher-Nachher Studie von Lingerfelt und Thornton (2011) untersucht den Einfluss einer Patientenedukation bei 27 Patienten mit ESRD in HD-Behandlung in Bezug auf die Krankheit, Ernährung, Behandlung, Medikamente und das Selbstmanagementverhalten. Die Studienleiter machten zu Beginn eine Wissensumfrage anhand eines Fragebogens. Anschliessend wurde die Intervention durchgeführt. Diese umfasst die Verteilung eines Handbuchs und Einzelsitzungen. Die Einzelsitzungen dienten zur Überprüfung des Handbuchs und zur Beantwortung von Fragen. Die Schulungen fanden während der HD-Sitzungen statt. Nach Abschluss der Intervention füllten die Teilnehmer erneut den Fragebogen zur Wissenserhebung aus. Die Mittelwerte des Wissens verbesserten sich nach der Intervention im Vergleich zu vor der Intervention signifikant ($p < 0.000$). Der Mittelwert des Wissens betrug vor der Intervention 15.27 (± 4.23). Nach der Intervention betrug der Mittelwert 20.65 (± 2.39). Diese Mittelwerte zeigen, dass der Wissensstand nach der Intervention gestiegen ist. Die Punkte des CHeKS-Tests verbesserten sich bei den Patienten zwischen 4% und 61% nach der Intervention. Bei 22 Teilnehmern verbesserte sich das Wissen. Bei zwei Teilnehmern gab es einen Verlust von 4% des Wissens und bei zwei anderen Teilnehmern gab es keinen Unterschied vor und nach der Intervention. Die häufigsten (prä- und postinterventionell) falsch beantworteten Fragen waren item sieben (Behandlungsmodalitäten bei ESRD) und zehn (Bewegungsempfehlungen) des CHeKS-Fragebogens. In Gesprächen nach dem Beenden der Studie wurde ersichtlich, dass die Intervention zu einem besseren Wissensstand zum Behandlungsplan beigetragen hat.

4.3.5 Selbstwertgefühl

Poorgholami et al. (2015) untersuchte in einer quasi-experimentellen Studie die Auswirkungen eines Selbstpflegeprogramms auf das Selbstwertgefühl von 50 HD-Patienten. Die IG ($n = 25$) wurde über folgende Aspekte unterrichtet: über den Krankheitsprozess, über die Bedeutung von HD und die Ernährungsvorschriften, über die Flüssigkeitsrestriktion, über das Gewichtsmanagement, über die körperliche Aktivität, über Symptome der zugrunde liegenden Erkrankung sowie über die Bedeutung von Raucherentwöhnung, Stressbewältigung, und Muskelentspannung. Vor und zwei Monate nach der Intervention wurde das Selbstwertgefühl der Patienten erfasst. Es zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten des Selbstwertgefühls zwischen der IG und der KG. Der Mittelwert in der IG ist von 12.20 (2.48) auf 14.24 (2.57) gestiegen und in der KG von 13.48 (2.63) auf 12.32 (2.49) gesunken. Im Vergleich zur KG hatte die IG nach zwei Monaten einen höheren Mittelwert an Selbstwertgefühl erzielt ($p < 0.001$).

5.3.5.1 Machtlosigkeit

Die quasi-experimentelle Studie von Wang und Chiou (2011) untersuchte die Wirksamkeit des interaktiven Multimedia-CD-Edukationsprogramms auf das Gefühl der Machtlosigkeit bei HD-Patienten nach vier und acht Wochen. Bei der IG (Baseline: 30.50 (\pm 6.56), CI: 30.50 \pm 2.35; vier Wochen: 38.83 \pm 5.97, CI: 38.83 \pm 2.14; acht Wochen: 40.33 \pm 6.04, CI: 40.33 \pm 2.16; $p < 0.001$) wurde das Gefühl der Machtlosigkeit signifikant reduziert. Bei der KG betrug der Mittelwert vor der Intervention 32.33 (\pm 7.27; CI: 32.33 \pm 2.60), nach vier Wochen 33.10 (\pm 7.41; CI: 33.10 \pm 2.65) und nach acht Wochen 33.73 (\pm 7.40; CI: 33.73 \pm 0.65). Vor der Intervention gab es keinen signifikanten Unterschied der Mittelwerte der Machtlosigkeit zwischen beiden Gruppen ($p = 0.310$). Das Gefühl der Machtlosigkeit konnte bei der IG im Vergleich zur KG signifikant reduziert werden ($p < 0.000$). Die Mittelwerte der Machtlosigkeit blieben ein Monat nach Abschluss der Intervention erhalten ($p < 0.001$).

5 DISKUSSION

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien diskutiert. Weiter wird die Qualität der Ergebnisse anhand der Stärken und Schwächen sowie den kritischen Beurteilungen der Studien aufgezeigt. Zum Schluss werden die Limiten dieser Literaturübersicht und der Lernprozess der Autorinnen dieser Arbeit aufgezeigt.

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der acht eingeschlossenen Studien miteinander verglichen. Die Interpretation der Ergebnisse wird nach den gleichen Kategorien wie im Ergebniskapitel unterteilt.

5.1.1 Selbstpflege

In den drei Studien (Cho, 2013; Kim, 2018; Wang & Chiou, 2011) unterschied sich die Selbstpflege zwischen der IG und der KG signifikant. Die Selbstpflege der IG wurde signifikant verbessert. Bei Kim (2018) und Wang & Chiou (2011) wurde diese deutliche Verbesserung der Selbstpflege durch die Patientenedukation erzielt. Klug Redman et al. (1996) zeigt auf, dass die Patientenedukation auf drei Ebenen (kognitiv, affektiv und psychomotorisch) stattfinden sollte. Die Patientenedukation bei Kim (2018) berücksichtigte diese drei Ebenen. Diese Patientenedukation führte zu besserer Selbstpflege und neu erworbenen Kompetenzen. Zudem enthält die Intervention von Kim (2018) Teile des MI. Der Erfolg der Multimedia-CD von Wang und Chiou (2011) basiert ebenso auf dem Prinzip der Patientenedukation. Die Inhalte konnten von den Patienten nach Interesse gewählt und beliebig repetiert werden. Das Multimedia-CD-Patientenedukationsprogramm enthielt jedoch keine Aufgaben, welche die affektive oder psychomotorische Ebene berücksichtigte. Die Inhalte wurden auditiv und visuell übermittelt. Um die Wirksamkeit zu verbessern, könnte die Lernmotivation eines Patienten zuerst erfasst und gefördert werden, bevor die Multimedia-CD abgegeben wird.

Der Gesundheitsvertrag von Cho (2013) führte ebenfalls zu erhöhter Selbstpflege, da durch die individuelle Zielsetzung der Patienten zugeschnittene Patientenedukationseinheiten geplant werden konnten (Klug Redman, 2009). Denn die Selbstpflege wird durch individualisierte Patientenedukation verbessert (Huang, Li, & Wang, 2008). Während der Intervention wurde zudem das Konzept des Empowerments angewendet. Die Patienten wurden gelobt, ermutigt und unterstützt. Somit wurden das Selbstwertgefühl und die Kontrollüberzeugung der Patienten gestärkt (Wettstein, 2016). Indem der Patienten individuelle Lernziele formuliert, übernimmt er eine aktive Rolle in der Bewältigung der Selbstpflege. Die Autorinnen nehmen an, dass dies die Selbstbestätigung stärkt (Wileman et al., 2016). Cho (2013) stellt sich die Frage, ob die durch die HD induzierte

Fatigue einen negativen Einfluss auf die Lernfähigkeit und die Zielerreichung hatte, da die Zielerreichungsquote niedrig war. Die Auswirkung der Fatigue auf die Lernfähigkeit wäre bei allen eingeschlossenen Studien interessant zu verfolgen, denn die Fatigue und andere Nebenwirkungen der HD können einen Einfluss auf die Lernmotivation, Verhaltensänderung und das Selbstmanagement haben.

5.1.2 Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeit der Patienten hat sich in der Studie von Aliasgharpour et al. (2012) sowie in der Studie von Kim (2018) in der IG signifikant verbessert. Beide Studien bestätigen, dass die Selbstwirksamkeit durch die durchgeführten Interventionen verbessert werden kann. Beide Studien (Aliasgharpour et al., 2012; Kim, 2018) berücksichtigten die vier Komponenten, welche die Quellen der Selbstwirksamkeit darstellen. Beide Interventionen zeigen einen langfristig positiven Effekt. Bei Aliasgharpour et al. (2012) ist der Mittelwert nach zwei Monaten weiter gestiegen. Bei Kim (2018) blieb der Mittelwert nach 12 Wochen konstant. Die Selbstwirksamkeit beeinflusst die Selbstpflege (Abderhalden & Jüngling, 2019). Durch die Verbesserung der Selbstwirksamkeit bei Kim (2018) schliessen die Autorinnen auf einen positiven Einfluss auf die Selbstpflege.

5.1.3 Selbstmanagementverhalten

Durch vier Studien (Aliasgharpour et al., 2012; Cho, 2013; Liu et al., 2016; Wileman et al., 2016) wird ersichtlich, dass Patientenedukationsmassnahmen sich positiv auf das Selbstmanagementverhalten der Patienten auswirken. Wenn sich die mittlere IGZ verbessert, nehmen die Autorinnen an, dass das Flüssigkeitsmanagement und/oder das Medikamentenmanagement sich verbessert haben.

Das Medikamentenmanagement, das Einhalten der Ernährungsvorschriften und das Gewichtsmanagement verbesserte sich bei Liu et al. (2016) in der IG signifikant. Das angewandte Aufklärungsmodell in der Studie sagt aus, dass Wissen die Basis für Verhaltensveränderungen ist (Liu et al., 2016). Liu et al. (2016) geht davon aus, dass durch individuell angepasste, systematische Begleitung und Training das Selbstmanagementverhalten von HD-Patienten gefördert werden kann.

Im Gegensatz verbesserte sich das Medikationsmanagement durch den Gesundheitsvertrag bei Cho (2013) nicht signifikant, da die Patienten vor der Intervention ein bereits gutes Medikationsmanagement durchführten. Das Einhalten der Ernährungsvorschriften und die mittlere IGZ verbesserten sich im Vergleich zu KG in der IG signifikant. Der Gesundheitsvertrag sollte in die Praxis implementiert werden, somit würden die Patienten kontinuierlich Feedback zu ihrem Selbstmanagementverhalten erhalten (Cho, 2013).

Die IGZ hat sich durch Patientenedukationseinheiten und die Illustrationen des Gelerten in der Studie von Aliasgharpour et al. (2012) direkt danach, sowie zwei Monate nach Abschluss der Intervention signifikant verbessert. Es ist möglich, dass die Selbstwirksamkeitsförderung die Veränderungen im Selbstmanagementverhalten beeinflusst und so die Fähigkeiten der Patienten zur Selbstpflege verbessert hat (Aliasgharpour et al., 2012).

Die IGZ hat sich durch die Intervention von Wileman (2016) in der IG im Vergleich zur KG signifikant verbessert. Laut Wileman (2016) führt die Intervention, welche auf der Selbstbestätigungstheorie basiert, zu verbesserten Behandlungsergebnissen, die Mechanismen der Verhaltensveränderung bleiben jedoch ungeklärt. Selbstbestätigte Patienten haben bis sechs Monaten nach der Intervention ein verbessertes Gewichtsmanagement gezeigt. Nach weiteren sechs Monaten ist die IGZ wieder gestiegen. Die Autorinnen nehmen an, dass dies aufgrund fehlender punktueller Auffrischung der Intervention nach Abschluss der Studie ist. Durch die Vertiefung der Ja-Antworten im Fragebogen nehmen die Autorinnen an, dass nicht nur die Selbstbestätigung, sondern auch das Selbstwertgefühl der IG erhöht wurde und damit das Selbstmanagement positiv beeinflusst wurde. Die Intervention basierend auf der Selbstbestätigungstheorie ist laut Autorinnen auf die anderen vier Dimensionen übertragbar.

5.1.4 Wissen

Liu et al. (2016), Wang & Chiou (2011) und Lingerfelt & Thornton (2011) haben mit ihren Patientenedukationsprogrammen das krankheitsbezogene Wissen der Patienten signifikant verbessern können. Jedoch sind die Interventionen unterschiedlich. Bei Liu (2016) erzielten die Patienten in der IG ein höheres Wissen, was eine positive Auswirkung auf das Selbstmanagementverhalten gehabt haben könnte. Liu et al. (2016) betonen, dass das Wissen das Schlüsselement für Verhaltensveränderungen und Überzeugung ist. Das Wissen kann durch Lernen und Patientenedukation erreicht werden. Wang & Chiou (2011) nehmen an, dass die Multimedia-CD ein wirksamer Ansatz für die Wissensförderung darstellt. Wenn das übermittelte Wissen individualisiert ist, fördert dies die Selbstpflege. Bei Wang & Chiou (2011) zeigt die Edukation mit der CD eine deutlich längere Wirksamkeit als normale Patientenedukation (Liu et al., 2016).

Lingerfelt & Thornton (2011) fanden heraus, dass die am häufigsten falsch beantworteten Fragen (prä- und postinterventionell), die Behandlungsmodalitäten und Bewegungsempfehlungen, waren. Die Autorinnen nehmen an, dass das von den Studienleitern abgegebene Handbuch diese Themen nicht genügend thematisierte oder diese Themen die Patienten am wenigsten angesprochen haben. In Gesprächen mit den Patienten

nach der Intervention wurde ersichtlich, dass die Patienten durch die Intervention einen grösseren Wissensstand hatten. Lingerfelt & Thornton (2011) und die Autorinnen nehmen an, dass durch die Erweiterung des krankheitsbezogenen Wissens die Patienten für das Selbstmanagement gerüstet sind.

5.1.5 Selbstwertgefühl

Nach der Studie von Poorgholami et al. (2015) verbesserte sich das Selbstwertgefühl der Patienten zwei Monate nach den Patientenedukationseinheiten signifikant. In der KG sank der Mittelwert des Selbstwertgefühls unter Standardpflege im Spital. Poorgholami et al. (2015) führt dies auf Wissen aus ungültigen Quellen und auf Vernachlässigung der emotionalen Unterstützung zurück. Patienten mit einem positiven Selbstwertgefühl sind motivierter sich selbst zu versorgen. Die Intervention hat also positive Auswirkungen auf das Selbstmanagementverhalten der Patienten.

Die interaktive Multimedia-CD von Wang und Chiou (2011) hat die Machtlosigkeit der Patienten sowohl nach vier als auch nach acht Wochen signifikant reduziert. Wang und Chiou (2011) und die Autorinnen nehmen an, dass durch die verbesserte Selbstpflege und somit unter anderem durch spürbare Verbesserungen bei Beschwerden und Symptomen die Machtlosigkeit weiter reduziert wurde. Die Kontrollüberzeugung stieg mit der verbesserten Selbstpflege.

5.2 Qualität der Ergebnisse

Die Qualität der eingeschlossenen Studien wird anhand ihrer Stärken und Schwächen und gemäss der kritischen Beurteilung nach Behrens & Langer (2010) diskutiert. Die kritischen Beurteilungen sind im Anhang C: Kritische Beurteilungen der Studien hinterlegt. Ebenso werden Ein- und Ausschlusskriterien der einzelnen Studien sowie die Anwendbarkeit der eingeschlossenen Studien in der Schweiz diskutiert.

Bei Cho (2013), Liu et al. (2016) sowie Wileman et al. (2016) handelt es sich um RCTs, dies bedeutet, dass diese drei Studien ein höheres Evidenzlevel als die anderen haben (AHCPR, 1992). In vier Studien gab es keine Drop-outs (Aliasgharpour et al., 2012; Cho, 2013; Kim, 2018; Liu et al., 2016). In der Studie von Lingerfelt & Thornton (2011) gab es ein Drop-out aufgrund einer Nierentransplantation. Im Gegensatz dazu sind in der Studie von Wileman et al. (2016) insgesamt 29 Personen aus der Studie ausgestiegen. 14 haben eine Transplantation vorgenommen, sieben sind während der Erhebung verstorben und acht sind umgezogen oder ausgestiegen. Das Follow-up betrug lediglich 67%. In den Studien von Wang & Chiou (2011) und Poorgholami et al. (2015) sind keine Angaben zu Drop-outs ersichtlich. In sechs Studien war das Sample klein, was die Aussagekraft der Studien vermindert (Aliasgharpour et al., 2012; Kim, 2018; 2015; Wang & Chiou,

2011; Wileman et al., 2016). Obwohl in der Studie von Lingerfelt und Thornton (2011) die Anzahl der Teilnehmer nur 26 betrug, lag der Power bei 0.8. Bei Cho (2013) betrug der Power 99% mit 43 Teilnehmer, das heisst, dass die Stichprobe genügend gross war, um einen Effekt zu erzeugen (Behrens & Langer, 2016). Bei den übrigen Studien sind keine Power-Berechnungen ersichtlich oder nicht nachvollziehbar beschrieben. Die Stichprobengrössen aller acht eingeschlossenen Studien befinden sich zwischen 21 und 43 Teilnehmern pro Studienarm.

Sechs Studien (Aliasgharpour et al., 2012; Kim, 2018; Lingerfelt & Thornton, 2011; Liu et al., 2016; Poorgholami et al., 2015; Wileman et al., 2016) zeigen bei den Baselines vergleichbare Samples. Im Gegensatz dazu gab es einen signifikanten Unterschied im Alter und Geschlecht zwischen der IG und KG bei Cho (2013), bei Wang & Chiou (2011) beim Alter. Das Durchschnittsalter der IG war deutlich tiefer als jenes der KG. Was die Handhabung der Multimedia-CD und die Aussagekraft zur Selbstpflege beeinflussen könnte.

Das Durchschnittsalter der rekrutierten Probanden variiert in den Studienarmen der eingeschlossenen Studien zwischen 41.7 ± 15.18 und 64.24 ± 12.19 Jahren. In der Schweiz sind die Patienten älter, nämlich im Durchschnitt 69 Jahre alt (Ambühl, 2018). Die meisten Studienarme weisen prozentual mehr Männer als Frauen auf. Der prozentuale Anteil der Männer in den Studienarmen variiert zwischen 53 % und 71.4 %. Vier Studienarme der insgesamt 15 weisen mehr Frauen auf (Cho, 2013; Poorgholami et al., 2015; Wang & Chiou, 2011; Wileman et al., 2016). Der prozentuale Anteil der Frauen in diesen Studienarmen variiert zwischen 54 % und 63.3 %. Dies stimmt mit den Schweizer Zahlen überein. Im Durchschnitt sind 64.1 % der HD-Patienten in der Schweiz männlich (Ambühl, 2018). In den Studien wurden unterschiedliche Probanden rekrutiert. Kim (2018) rekrutierte Patienten, welche noch nicht länger als einen Monat HD erhielten. In den Studien von Wileman et al. (2016), Cho (2013) und Liu et al. (2016) wurden Patienten, die HD schon mindestens für drei Monate erhielten, rekrutiert. Lingerfelt & Thornton (2011) und Poorgholami et al. (2015) rekrutierten Patienten, welche schon länger als sechs Monate HD erhielten. Bei Wang & Chiou (2011) und Aliasgharpour et al. (2012) wurden Patienten rekrutiert, welche länger als ein Jahr mit HD behandelt wurden. Fünf Studien definierten zusätzlich die Häufigkeit der HD-Sitzungen pro Woche als Einschlusskriterium. Kim (2018), Liu et al. (2016) und Cho (2013) schlossen Patienten mit mindestens zwei bis drei Sitzungen und Wang & Chiou (2011) und Aliasgharpour et al. (2012), welche mit mindestens drei Sitzungen wöchentlich ein.

Zu der Studie von Lingerfelt & Thornton (2011) ist anzumerken, dass es sich um eine quantitative nicht-randomisierte Studie handelt. Es gibt also keine Kontrollgruppe, die

den Behandlungseffekt sicherstellt. In der Studie von Liu et al. (2016) wurden ausschliesslich Patienten mit stabilem klinischen Zustandsbild rekrutiert. Stabile HD-Patienten wurden definiert als Patienten mit einer ausreichenden Clearance von gelösten Stoffen durch die HD, einer geringen Wasserbelastung von $< 3\%$, einer guten Kontrolle der Blutglukose und Blutdrucks ($< 140/90$ mmHg) und einer Hämoglobinkonzentration von $100\text{--}120\text{g/l}$, keine unerwünschten kardialen Ereignissen und keine kürzlich aufgetretenen Infektionen. Diese Ausschlusskriterien könnten der Grund für das niedrige Durchschnittsalter der Patienten sein (IG = 41.7 ± 15.18 Jahre, KG = 44.3 ± 14.60 Jahre). Die Ergebnisse dieser Studie sind klar auf Patienten mit ESRD zurückzuführen. Jedoch sind diese schlecht auf die Praxis übertragbar, da Patienten mit ESRD im Alltag oft eine Polymorbidität aufweisen oder nicht diesem stabilen klinischen Zustandsbild entsprechen. Aliasgharpour et al. (2012) schliesst Patienten mit Herzinsuffizienz oder Leberzirrhose und Cho (2013) schliesst Patienten mit klinischer Behandlung körperlicher Komplikationen aus.

Die Verblindungen der Studien sind unterschiedlich vorgenommen worden, was bei einigen Studien zu Bias geführt haben könnte. Bei Cho (2013) wurde eine doppelte Verblindung vorgenommen, jedoch gibt es keine Angaben zur Verblindung der Untersucher, die die Studie durchgeführt haben. Kim (2018) und Poorgholami et al. (2015) machen keine Angaben zur Verblindung. Bei den Studien von Liu et al. (2016), Wang & Chiou (2011) und Aliasgharpour et al. (2012) sind zwar die Teilnehmer verblindet, jedoch sind keine Angaben zu den Untersuchern ersichtlich. Bei Wang & Chiou (2011) wurde die IG und KG auf unterschiedliche Wochentage aufgeteilt, was eine Verblindung verunmöglicht. Bei der Studie von Wileman et al. (2016) war das klinische Team, welches für die Durchführung der Intervention verantwortlich war, verblindet. Im Gegensatz dazu, sind zur Verblindung der Forscher und der Patienten keine Angaben ersichtlich.

Bei der Aussagekraft der Studien lassen sich Unterschiede feststellen. Alle Studien publizieren den Behandlungseffekt übersichtlich und zeigen die Signifikanz der Ergebnisse auf. Wang & Chiou (2011), Liu et al. (2016) und Wileman et al. (2016) geben einen Konfidenzintervall (CI) von 95% zu ihren Ergebnissen an.

Die Autorinnen haben sich Gedanken zur Anwendbarkeit der Studien in der Schweizer Gesundheitsversorgung gemacht. Grundsätzlich bieten alle Studien wichtige Erkenntnisse, die einen Mehrwert für die Praxis darstellen. Die Gesundheitsinstitutionen und die HD-Behandlungen sind mit jenen in der Schweiz vergleichbar. Es sind sechs Studien aus Asien eingeschlossen, was auf die Ernährung Einfluss haben könnte. Ernährungsvorschläge und Menü-Standards könnten nicht übernommen werden, da in der Schweiz andere Essgewohnheiten bestehen. Teilweise sind die Interventionen mit Mehrkosten

verbunden, da dafür unter anderem Personal geschult werden muss. Es ist damit zu rechnen, dass diese Kosten sich nach der Implementierung einsparen, da das verbesserte Selbstmanagementverhalten der Patienten zu weniger Komplikationen und Hospitalisierungen führt (BAG, 2019).

Die Messinstrumente von fünf Studien wurden entweder als validiert, reliabel, objektiv oder zuverlässig beschrieben (Cho, 2013; Kim, 2018; Lingerfelt & Thornton, 2011; Poorgholami et al., 2015; Wang & Chiou, 2011). Im Gegensatz wurde in der Studie von Wang und Chiou (2011) ein Selbstpflege-Messinstrument angewendet, welches nicht objektiv validiert wurde. Die Genauigkeit der Variablen der Selbstpflege könnten durch dies negativ beeinflusst worden sein.

In der Studie von Cho (2013) wurde die Studie nur während eines kurzen Zeitraums von vier Wochen durchgeführt. Die Autoren der Studie haben die Langzeitwirkung des Gesundheitsvertrags nicht untersucht. Ebenso wurde in der Studie von Lingerfelt und Thornton (2011) geäußert, dass die Datenerhebung in einem kurzen Zeitraum von drei Monaten durchgeführt wurde und es kein Follow-up gab. Die restlichen Studien (Aliasgharpour et al., 2012; Kim, 2018; Liu et al., 2016; Poorgholami et al., 2015; Wang & Chiou, 2011; Wileman et al., 2016) haben ein Follow-up zwischen einem und 12 Monaten. Dies ermöglicht Rückschlüsse auf eine Langzeitwirkung.

5.3 Limiten dieser Literaturübersicht

Für diese Literaturübersicht schlossen die Autorinnen acht Studien mit verschiedenen Interventionen ein, was die Verknüpfungen zwischen den Studien erschwerte. Die Studien sind in den letzten zehn Jahren publiziert worden. Dies betrachten die Autorinnen als Stärke. Ebenso beurteilen sie den theoretischen Rahmen als Stärke, weil er die verschiedenen theoretischen Ansätze der Studien umfasst und ausführlich ist. Eine Einschränkung dieser Arbeit besteht darin, dass die Autorinnen Schwierigkeiten hatten Schweizer Zahlen über Niereninsuffizienz-Patienten und über HD-Behandlung zu erhalten. Ebenfalls wurden in allen acht eingeschlossenen Studien nicht alle fünf Dimensionen berücksichtigt. Das Thema HD bei erwachsenen mit terminaler Niereninsuffizienz bietet viel Forschungsliteratur. Es wäre möglich sich in weiteren Bachelorarbeiten spezifisch auf vereinzelte Dimensionen zu konzentrieren, um gezieltere Massnahmen für die Praxis abzuleiten. Durch den Wechsel der Begleitperson inmitten des Schreibprozesses, mussten die Autorinnen vieles aufarbeiten und neu klären, was im ersten Schritt zu einem Mehraufwand führte. Jedoch hat die neue Begleitperson diese Arbeit mit einer erweiterten Betrachtungsweise und Know-how bereichert. Dieser Wechsel stärkte den Zusammenhalt der Gruppe.

5.4 Lernprozess

Durch das Verfassen dieser Arbeit haben sich die Autorinnen mit dem Harnsystem auseinandergesetzt. Die Physiologie sowie die Pathophysiologie der Nieren wurden vertieft und den Behandlungsansatz der HD recherchiert. Für den Lernprozess der Autorinnen war die Auseinandersetzung mit den Datenbanken PubMed und CINAHL, das Verstehen und das kritische Bewerten von englischen Studien, das Kennenlernen der unterschiedlichen Designs der Studien und deren statistischen Berechnungen genauso wichtig. Gegen den Schluss der Bachelorarbeit leiteten die Autorinnen Perspektiven und Empfehlungen für die Praxis sowie für weitere Forschungen ab, was eine Erweiterung des Horizontes der Autorinnen bewirkte. Die Autorinnen übten sich in Teamarbeit, sodass sich die Zusammenarbeit harmonisch gestaltete und von gegenseitigem Respekt geprägt war. Dank guter Organisation und Disziplin der einzelnen Autorinnen verlief die Zusammenarbeit angenehm. Meinungsverschiedenheiten diskutierten die Autorinnen solange bis ein gemeinsamer Konsens gefunden wurde. Die Autorinnen verfassten mit dieser Arbeit ihre erste Literaturübersicht. Sie spürten anfangs eine gewisse Unsicherheit im Prozess der Arbeit, jedoch konnten sie interne sowie externe Ressourcen zur Bewältigung mobilisieren. Bei neuen Themen und Fragen zu Inhalt und Form zogen die Autorinnen entsprechend Literatur herbei, führten ein Brainstorming durch und suchten nach Lösungen. Ebenso standen Ansprechpersonen zur Verfügung. Für die Autorinnen als Berufsanfängerinnen war es interessant sich mit dem Thema Selbstmanagement auseinanderzusetzen. Sie erwarben mit dieser Bachelorarbeit wichtiges Wissen in Bezug auf die Selbstmanagementförderung bei HD-Patienten, welches auf andere chronische Erkrankungen übertragbar ist. Das krankheitsbezogene Wissen fördert das Selbstmanagement der Patienten. Die Autorinnen erachten es als wichtig, dass Pflegefachpersonen den Patienten ihr Wissen übermitteln, damit diese ihre Kontrollüberzeugung zurückgewinnen. Die Autorinnen sind überzeugt, dass es wichtig ist, die Patienten im Bewältigungsprozess einer chronischen Erkrankung zu befähigen und zu bestärken, damit sie ein höheres Selbstwertgefühl erlangen. Der Patient ist Experte seiner Krankheit und sollte im Mittelpunkt stehen, weshalb die Autorinnen als Pflegefachpersonen den Patienten auf Augenhöhe begegnen wollen. Dieses Thema sollte in der alltäglichen Pflege einen hohen Stellenwert einnehmen. Wenn die Autorinnen zu Expertinnen ihrer Tätigkeit heranwachsen, werden sie ihr Bestes geben, um in der Praxis das Selbstmanagement mittels Pflegeinterventionen zu vermitteln. Damit leisten die Autorinnen einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung und -erhaltung der Gesellschaft.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

In der Schlussfolgerung wird die Fragestellung dieser Bachelorarbeit beantwortet sowie mögliche Implementierungen in die Praxis vorgeschlagen und diskutiert. Zum Schluss werden Empfehlungen für weitere Forschungen abgegeben.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Diese Literaturübersicht hatte folgende Fragestellung: «Welche Pflegeinterventionen fördern das Selbstmanagement bei erwachsenen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz unter Hämodialyse-Behandlung?»

Patientenedukation fördert das Selbstmanagement von HD-Patienten (Aliasgharpour et al., 2012; Cho, 2013; Kim, 2018; Liu et al., 2016; Wang & Chiou, 2011; Wileman et al., 2016), stärkt die Selbstwirksamkeit (Aliasgharpour et al., 2012; Kim, 2018) und das Selbstwertgefühl (Poorgholami et al., 2015) sowie das krankheitsbezogene Wissen und dasjenige über Selbstmanagement (Lingerfelt & Thornton, 2011; Liu et al., 2016; Wang & Chiou, 2011) und senkt die Machtlosigkeit (Wang & Chiou, 2011).

Aliasgharpour et al. (2012) zeigt auf, dass Patientenedukation die Selbstwirksamkeit stärkt und diese wiederum das Gewichtsmanagement verbessert. Die Selbstwirksamkeit scheint einen bedeutenden Einfluss auf das Selbstmanagement der Patienten zu haben. Auch Kim (2018) berichtet durch Patientenedukation sowohl über eine bessere Selbstwirksamkeit als auch verbessertes Selbstmanagement. Lingerfelt & Thornton (2011) und Liu et al. (2016) fanden heraus, dass durch Patientenedukation das krankheitsbezogene Wissen der Patienten optimiert werden kann. Liu et al. (2016) sagen, dass der Schlüssel zu Verhaltensänderung und Überzeugung der Patienten im Wissen über ihre Krankheit liegt. In der Studie von Liu et al. (2016) stiegen sowohl die Mittelwerte des Wissens betreffend dem Medikamenten- und Gewichtsmanagement und die Einhaltung der Ernährungsvorschriften als auch betreffend deren Umsetzung. Poorgholami et al. (2015) testeten ein Patientenedukationsprogramm, das auf das Selbstwertgefühl der HD-Patienten zielt. Dieses zeigte eine positive Wirkung, was wiederum das Selbstmanagement förderte. Wang & Chiou (2011) erzielte signifikant verbessertes Wissen bei Patienten durch Patientenedukation mittels einer Multimedia-CD während der HD-Sitzung. Auch Wileman et al. (2016) zeigen in ihrer Studie, dass Wissen über das Risiko eines nicht korrekten Flüssigkeitsmanagements kombiniert mit der Selbstbestätigung der Patienten das Gewichtsmanagement verbessern kann.

Cho (2013) zeigt mit seinem Gesundheitsvertrag auf, dass das Selbstmanagement gefördert werden kann, wenn die Patienten ihre Ziele selbstständig aufschreiben und zusätzlich durch Lob bestärkt werden. Wie im Diskussionsteil erwähnt, haben sechs der

eingeschlossenen Studien ein kleines Sample, was die Aussagekraft der vorgeschlagenen Interventionen vermindert. (Aliasgharpour et al., 2012; Kim, 2018; Lingerfelt & Thornton, 2011; Poorgholami et al., 2015; Wang & Chiou, 2011; Wileman et al., 2016).

6.2 Implementierung in die Praxis

Chronische Krankheiten nehmen stetig zu, weshalb die Gesundheitskosten steigen. Deshalb ist es in der Zukunft wichtig, evidenzbasierte Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements zu implementieren (BAG, 2019). Beinahe alle eingeschlossenen Studien haben als Intervention die Patientenedukation. Die Autorinnen sehen in der Patientenedukation ein grosses Potential zur Selbstmanagementförderung der HD-Patienten. Die Patientenedukation kann auf einer Dialyseabteilung gut durchgeführt werden, da die Patienten während ihrer HD viel Zeit auf der Abteilung verbringen und Fachexperten vor Ort sind. Die Autorinnen empfehlen die Patientenedukation auf allen drei Ebenen (kognitiv, affektiv, psychomotorisch) zu gestalten (Klug Redman et al., 1996). Die Patientenedukation sollte während den HD-Sitzungen durchgeführt werden, wie bei Aliasgharpour et al. (2012), Lingerfelt & Thornton (2011) und Wang & Chiou (2011). Damit können Pflegefachpersonen die Motivation und die Teilnahme der Patienten zur Patientenedukation gezielt fördern.

Die Pflegefachpersonen auf der Dialyseabteilung sind im regelmässigen Kontakt mit den Patienten und sollten die Patienten deshalb bestärken und in ihrem Prozess begleiten (Steele, 1988). Die Autorinnen geben einer Patientenedukation mit einem eins-zu-eins Ansatz wie in der Studie von Lingerfelt & Thornton (2011) den Vorzug, um eine optimale Patientenedukation zu erhalten. Je nach verfügbaren Mitteln und Ressourcen können die Patienten in kleinen Gruppen von drei bis fünf Patienten unterrichtet werden. Gleich wie bei Aliasgharpour et al. (2012), Kim (2018) und Lingerfelt & Thornton (2011) sollen die Patienten nach den Edukationseinheiten ein Handbuch erhalten, sodass sie Gelerntes nachschlagen und bei der nächsten Sitzung Fragen stellen können. Diese Informationen können entweder in Broschüren im Dialysezentrum aufliegen, im Internet abrufbar sein oder als Reminder in Flyerform an die Patienten abgegeben werden. Diese Flyer könnten unter anderem Wochenmenü-Planungen oder Tipps für den Alltag zur Einhaltung der Flüssigkeitsrestriktion enthalten, die einfach, praktisch und benutzerfreundlich gestaltet und erklärt sind. Auch eine Multimedia-CD mit einem integrierten Edukationsprogramm, wie in der Studie von Wang & Chiou (2011) erwähnt, könnte umfassende Informationen zur Erkrankung, zu den Behandlungsmodalitäten, zur HD und zur Wichtigkeit des Selbstmanagements vermitteln. Die Pflegefachpersonen müssen sich bewusst sein, dass Patienten unterschiedliche Lerntypen sind. Aus diesem Grund bietet

sich eine Wissensvermittlung durch verschiedene Medien und mit unterschiedlichen Ansätzen an. Die Pflegefachperson soll sich dabei nach den Bedürfnissen des einzelnen Patienten ausrichten und auf ihn zugeschnittene Informationen abgeben.

Die Intervention von Cho (2013) könnte implementiert werden. Durch eine individuelle Formulierung der Ziele und durch Bestärkung kann die Pflegefachperson ein verbessertes Selbstmanagement beim Patienten bewirken. Sind die Patientenedukationseinheiten auf die Patienten zugeschnitten, zeigen sich diese motivierter. Der Edukationsprozess stimmt mit dem Pflegeprozess überein. Der Pflegeprozess könnte periodische Intervalle vorsehen, in denen jeweils erneut Wissensprüfungen stattfinden und neue Patientenedukationseinheiten geplant werden. Es empfiehlt sich, Patientenedukation regelmässig durchzuführen und Inhalte zu repetieren.

Selbstwirksamkeit hat einen wichtigen Einfluss auf das Selbstmanagement. Die Autorinnen sind der Ansicht, dass Pflegefachpersonen ihre Patienten regelmässig ermutigen sollten, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Die Autorinnen sehen darin einen Schlüssel zur Selbstwirksamkeit (indirekte Erfahrung). Die Dialyseabteilung könnte zudem mit baulichen Massnahmen Raum für solche Begegnungen schaffen. Mit einem Raum für sogenannte Peertreffen könnte der Austausch unter Betroffenen gefördert werden. Betroffene sowie Pflegefachpersonen könnten mit einem Anschlagboard Aktivitäten wie Ausflüge, Ferientipps und Peertreffen ausschreiben. Dies stellt eine kostengünstige und leicht in die Praxis umsetzbare Option dar.

6.3 Empfehlungen für weitere Forschungen

Die Autorinnen empfehlen, Forschungen mit einer grösseren Stichprobe durchzuführen, um eine höhere Aussagekraft und Glaubwürdigkeit zu erzielen. Dies wurde in drei der eingeschlossenen Studien übereinstimmend geäussert (Kim, 2018; Lingerfelt & Thornton, 2011; Wileman et al., 2016).

Weiter empfehlen die Autorinnen, nach der Interventionsphase mehrere Messungen über einen längeren Zeitraum vorzunehmen, um die Langzeitwirkung der Interventionen zu evaluieren. Dies wurde auch in der Studie von Aliasgharpour et al. (2012) und Cho (2013) erwähnt. Für Cho (2013) ist eine weitere Forschung notwendig, um den Langzeiteffekt zu prüfen. Bei frisch diagnostizierten Patienten ist der familiäre Rückhalt während der ersten zwei bis drei Monaten oft sehr stark. Danach müssen Patienten ihre Probleme selbstständig lösen können (Kim, 2018). Da sechs der acht eingeschlossenen Studien in Asien durchgeführt wurden, empfehlen die Autorinnen die Auswirkung deren Interventionen in Europa zu untersuchen und zu evaluieren. Abschliessend machen die Autorinnen darauf aufmerksam, dass auch die Nebenwirkungen und die Anforderungen der HD-

Behandlung zu berücksichtigen sind und geprüft werden müssen, ob sie einen Einfluss auf die Lernmotivation, die Verhaltensänderung und das Selbstmanagement haben.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Abderhalden, I., & Jüngling, K. (2019). Selbstwirksamkeit. In Z. H. f. A. W. (ZHAW) (Ed.): Gesundheitsförderung Schweiz.
- Aliasgharpour, M., Shomali, M., Moghaddam, M. Z., & Faghihzadeh, S. (2012). Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis. *J Ren Care*, 38(3), 155-161. doi:10.1111/j.1755-6686.2012.00305.x
- Ambühl, P. M. (2017). Aktuelle Erkenntnisse zur Schweizer Dialysepopulation. *Hausarzt Praxis*, 12(3), 22-26.
- Ambühl, P. M. (2018). Demography of the dialysis population in Switzerland. from Swiss Society of Nephrology, Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program
- AHCPR. (1992). Agency for Health Care Policy and Research.
- Bachmann, N., Burla, L., & Kohler, D. (2015). Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankung. *Nationaler Gesundheitsbericht 2015*.
- BAG, B. f. G. (2019). Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht.
- Bandura, A. (2006). *Self-efficacy : the exercise of control* (8th printing. ed.). New York: W.H. Freeman.
- Barnett, T., Li Yoong, T., Pinikahana, J., & Si-Yen, T. (2008). Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programme make a difference? *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 300-306. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04528.x
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tiers, D. T. (2007). The Strength Model of Self-Control. *Association for Psychological Science*, 16(6), 351-355.
- Barnett, T., Li Yoong, T., Pinikahana, J., & Si-Yen, T. (2008). Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programme make a difference? *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 300-306. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04528.x
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidencebased Nursing and Caring*. Bern: Huber Hans.

- Behrens, J., & Langer, G. (2016). *Evidence based Nursing and Caring* (4. Auflage ed.). Bern: Hogrefe Verlag, Bern.
- Bischofberger, I., & Bonsack, S. (2009). Neue Wege in Bildung und Praxis. *Care Management*, 2(4), 11-14.
- Cho, M. K. (2013). Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea. *Nurs Health Sci*, 15(1), 86-93. doi:10.1111/nhs.12003
- CHUV. (2018). Médicaments et dialyse. *Hémodialyse chronique*. Retrieved from <https://www.chuv.ch/fr/nephrologie/nep-home/patients-et-famille/consultations/hemodialyse-chronique/medicaments/>
- Cohen, G. L., & Sherman, D. K. (2014). The Psychology of Change: Self-Affirmation and Social Psychological Intervention. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 333-371. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115137
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2004). Weiterleben lernen - Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Hans Huber.
- Denhaerynck, K., Manhaever, D., Dobbels, F., Garzoni, D., Nolte, C., & De Geest, S. (2007). Prevalence and Consequences of Nonadherence to Hemodialysis Regimen. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 222-235.
- Dietrich, U. (2013). *Nierenersatzverfahren*. Inselspital Bern.
- Elsässer, H., Hoyer, N., & Dickenmann, M. (2008). Planung eines Nierenersatzverfahrens: Was muss man wissen? *Schweiz Med Forum*, 8, 70-74.
- Epton, T., & Harris, P. R. (2008). Self-affirmation promotes health behavior change. *Health Psychology*, 27(6), 746-752.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. T. (2007). The Strength Model of Self-Control. *Association for Psychological Science*, 16(6), 351-355.
- Geberth, S., & Nowack, R. (2011). *Praxis der Dialyse*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ghadam, M. S., Poorgholami, F., Badiyepymaie Jahromi, Z., Parandavar, N., Kalani, N., & Rahmanian, E. (2015). Effect of Self-Care Education by Face-to-Face Method on the Quality of Life in Hemodialysis Patients (Relying on Ferrans and

- Powers Questionnaire). *Glob J Health Sci*, 8(6), 121-127. doi:10.5539/gjhs.v8n6p121
- Griva, K., Mooppil, N., Seet, P., Krishnan, D. S., James, H., & Newman, S. P. (2011). The NKF-NUS hemodialysis trial protocol - a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients. *BMC Nephrol*, 12, 4. doi:10.1186/1471-2369-12-4
- Haslbeck, J. (2012). Selbstmanagementförderung. *Care Management*, 5(1), 23-26.
- Haslbeck, J. W., & Schaeffer, D. (2007). [Self-management support in chronic illness: history, concept and challenges]. *Pflege*, 20(2), 82-92. doi:10.1024/1012-5302.20.2.82
- Hedayati, S. S., Yalamanchili, V., & Finkelstein, F. O. (2012). A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney International*, 81, 247-255. doi:http://dx.doi.org/10.1038/ki.2011.358
- Holloway, A., & H.E., W. (2002). Role of self-efficacy and behavior change. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 106-115.
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartletti, G., Boardman, F., Cargo, M., . . . Vedel, I. (2018). Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018 - User Guide. In D. o. F. Medicine (Ed.), http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf.
- Horigan, A., Rocchiccioli, J., & Trimm, D. (2012). Dialysis and fatigue: implications for nurses--a case study analysis. *Medsurg Nurs*, 21(3), 158-163, 175.
- Huang, T. T., Li, Y. T., & Wang, C. H. (2008). Individualized programme to promote self-care among adults with asthma: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 348-358.
- Iliescu, E. A., Coe, H., McMurray, M. H., Meers, C. L., Quinn, M. M., Singer, M. A., & Hopman, W. M. (2003). Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 18(1), 126-132. doi:10.1093/ndt/18.1.126

- Kim, E. S. (2018). Development and effect of a rational-emotive-behaviour-therapy-based self-management programme for early renal dialysis patients. *J Clin Nurs*, 27(21-22), 4179-4191. doi:10.1111/jocn.14608
- Kistler, A. D., & Wüthrich, R. P. (2015). Chronische Niereninsuffizienz - welche Therapien können die Progression wirksam verlangsamen. *Swiss Medical Forum*, 15(11), 251-256.
- Klug Redman, B. (2009). *Patientenedukation: Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (Vol. 2). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Klug Redman, B., Osterbrink, J., & Kraut, D. (1996). *Patientenschulung und -beratung* (Vol. 2). Berlin/Wiesbaden, Deutschland: Ullstein Mosby.
- Kohno, Y., Maruyama, M., Matsuoka, Y., Matsushita, T., Koeda, M., & Matsushima, E. (2010). Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. *Psychooncology*, 19(1), 71-76.
- Kramer, A., Pippias, M., Noordzi, M., Stel, V. S., Andrushev, A. M., Aparicio-Madre, M. I., . . . Jager, K. J. (2019). The European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA) Registry Annual Report 2016: a summary. *Clinical Kidney Journal*, 1-19. doi:10.1093/ckj/sfz011
- Lingerfelt, K. L., & Thornton, K. (2011). An educational project for patients on hemodialysis to promote self-management behaviors of end stage renal disease education. *Nephrol Nurs J*, 38(6), 483-488; quiz 489.
- Liu, L., Liu, Y.-P., Wang, J., An, L.-W., & Jiao, J.-M. (2016). Use of a knowledge-attitude-behaviour education programme for Chinese adults undergoing maintenance haemodialysis: Randomized controlled trial. *Journal of International Medical Research*, 44(3), 557-568. doi:10.1177/0300060515604980
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, 26(1), 1-7. doi:10.1207/S15324796ABM2601_01
- Matteson, M. L., & Russell, C. (2010). Interventions to improve hemodialysis adherence: a systematic review of randomized-controlled trials. *Hemodial Int*, 14(4), 370-382. doi:10.1111/j.1542-4758.2010.00462.x

- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden* (Vol. 4). Wien: Facultas.
- McCarley, P. (2009). Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self manage their own care. *Nephrology Nursing Journal*, 36(4), 409-413.
- Menche, N. (2014). *Pflege Heute* (Vol. 6. Auflage). München: Urban & Fischer.
- Menche, N., & Brandt, I. (2013). *Pflege Konkret - Innere Medizin* (Vol. 6). München: Urban&Fischer.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (Vol. 3). Freiburg im Breisgau, Deutschland: Lambertus.
- Nau, J. (2005). Empowerment als Konzept für die Pflege. *Pflegepädagogik*, 7(3), 152-158.
- Petermann, F. (1998). *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe.
- Peterson, E. R., Rubie-Davies, C., Osborne, D., & Sibley, C. (2016). Teachers' explicit expectations and implicit prejudiced attitudes to educational achievement: Relations with student achievement and the ethnic achievement gap. *Learning and Instruction*, 42, 123-140. doi:<https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2016.01.010>
- Poorgholami, F., Javadpour, S., Saadatmand, V., & Jahromi, M. K. (2015). Effectiveness of Self-Care Education on the Enhancement of the Self-Esteem of Patients Undergoing Hemodialysis. *Glob J Health Sci*, 8(2), 132-136. doi:10.5539/gjhs.v8n2p132
- Pubmed. (2016). Self-Control.
- Reichardt, C., & Gastmeier, P. (2013). "Patient-Empowerment" Wie viel können Patienten zu einer verbesserten Compliance des Personals beitragen? *Krankenhaushygiene up2date*(8), 157-164.
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264.

- Richard, C. J. (2006). Self-Care Management in Adults Undergoing Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33(4), 387-394.
- Salomé, G. M., & De Almeida, S. A. (2014). Association of socio demographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. *Coloproctology*, 34, 159-166. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2014.05.005>
- Salomé, G. M., De Almeida, S. A., & Silveira, M. (2014). Quality of life and self-esteem of patient with renal disease. *Journal of Coloproctology*, 34(4), 231-239. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2014.05.009>
- Schaeffer, D. (2004). *Der Patient als Nutzer*. Bern: Hans Huber.
- Schaeffer, D., & Schmidt-Kaehler, S. (2006). *Lehrbuch Patientenberatung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schorn, R., Pechula Thut, M., & Bleisch, J. (2014). Betreuung von Patienten mit einem Nierenersatzverfahren - Teil 1. *Schweiz Med Forum*, 14(12), 246-251.
- Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, 261-302.
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype Threat and the Intellectual Test Performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797-811.
- Steurer-Stey, C., & Rosemann, T. (2009). Das Chronic-Care-Modell nutzen. *Care Management*, 2(4), 19-22.
- Strauss, A. L., & Glaser, B. G. (1984). *Chronic illness and the quality of life*. Saint Louis: C.V. Mosby Company.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-323.
- Walton, G. M. (2014). The New Science of Wise Psychological Interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 23(1), 73-82. doi:[10.1177/0963721413512856](https://doi.org/10.1177/0963721413512856)

- Wang, L. M., & Chiou, C. P. (2011). Effectiveness of interactive multimedia CD on self-care and powerlessness in hemodialysis patients. *J Nurs Res*, 19(2), 102-111. doi:10.1097/JNR.0b013e31821b0eff
- Wettstein, F. (2016). Empowerment in der Gesundheitsförderung. *SuchtMagazin*(3/2016).
- Wileman, V., Chilcot, J., Armitage, C. J., Farrington, K., Wellsted, D. M., Norton, S., . . . Almond, M. (2016). Evidence of improved fluid management in patients receiving haemodialysis following a self-affirmation theory-based intervention: A randomised controlled trial. *Psychol Health*, 31(1), 100-114. doi:10.1080/08870446.2015.1073729
- Wolcott, D. L., Maida, C. A., Diamond, R., & Nissenson, A. R. (1986). Treatment compliance in end-stage renal disease patients on dialysis. *American Journal of Nephrology*, 6(5), 329-338.

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Prinzip der HD (Menche und Brandt, 2013, S.364)	11
Abbildung 2: Darstellung der Beziehung der Konzepte (Richard und Shea, 2011, S. 261)	13
Abbildung 3: Vorgehensweise der Literaturrecherche	25

9 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Stadien nach WHO (in Anlehnung an Menche und Brandt, 2013, S. 361)	10
Tabelle 2: Suchbegriffe	22
Tabelle 3: Suchstrategie	23
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien	23
Tabelle 5: Ampelschema	27
Tabelle 6: Ampelschema	27

10 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BZW	beziehungsweise
CI	Konfidenzintervall
ESRD	End Stage Renal Disease
GFR	Glomeruläre Filtrationsrate
HCI	health contract intervention
HD	Hämodialyse
IG	Interventionsgruppe
IGZ	Interdialytische Gewichtszunahme
KG	Kontrollgruppe
MI	Motivierende Gesprächsführung
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
WHO	World Health Organisation

11 ANHANG

11.1 Anhang A: Selbständigkeitserklärung

“Wir erklären hiermit, dass wir diese Arbeit selbständig verfasst haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, haben wir als solche kenntlich gemacht.“

Ort, Datum und Unterschrift

Fribourg: 11.07.2019
Assard

Ort, Datum und Unterschrift

Fribourg den 11.07.2019
R. Hutterling

Ort, Datum und Unterschrift

Fribourg, den 11.07.2019
Gahm

11.2 Anhang B: Tabellarische Übersichten der Studien

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärke / Schwäche Evidenzlevel
Aliasgharpour, M., Shomali, M., Moghaddam, M. Z., & Faghihzadeh, S. (2012). Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis. <i>J Ren Care</i> , 38(3), 155-161. doi:10.1111/j.1755-6686.2012.00305.x Iran	Ziel: Diese Studie untersucht die Wirkung eines Selbstwirksamkeitsförderungsprogramms auf die Körpergewichtsveränderungen und auf die Selbstwirksamkeit bei HD-Patienten. Design: Einfach verblindete quasi-experimentelle Studie	Sample: 63 HD-Patienten, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen. In der IG (n=32) lag das Durchschnittsalter bei 52.1 (\pm 11.3) Jahre. 53 % der Teilnehmer waren männlich. In der KG, (n=31) lag das Durchschnittsalter bei 47.1 (\pm 15.8) Jahren. 61% der Teilnehmer waren männlich. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen an der Baseline. Setting: Zwei Universitätsspitäler in der Zanjan Provinz, Iran. Von Mai bis Juni 2010. Es sind die einzigen zwei Spitäler in dieser Provinz, welche HD Abteilungen haben.	Instrumente: - Für die Selbstwirksamkeit zu messen, wurde der SUPPH (strategies used by people to promote health questionnaire) Fragebogen genutzt. Dieser Fragebogen enthält 29 item gemessen in einer 1-5 Punkte Likert Skala. - Einheitliche Gewichtsmessung mit Waage. Interventionen: In den 2 ersten Wochen wurde das Körpergewicht vor und nach der HD-Sitzung und die Selbstwirksamkeit erhoben. In der 3. Woche wurde die Intervention begonnen. Die Intervention dauerte 2 Wochen. Die IG wurde mit der face-to-face-lecture Methode in kleinen (2-3 Patienten pro Gruppe) Gruppen unterrichtet. Das Edukationsmaterial entsprach den 4 Komponenten der Selbstwirksamkeit: Eigene Erfahrungen (Anatomie und Physiologie Niere, Komplikationen des Nierenversagens, Ernährungsempfehlungen, Flüssigkeitsmanagement, Medikationsmanagement), indirekte Erfahrung (Gruppendiskussionen für Rollenmodelle, von anderen persönlichen Erfahrungen lernen), verbale Überzeugung (positive Feedbacks und verbale Ermutigungen), physiologisches Feedback (Stressmanagement). Neben den Unterrichten erhielten die Teilnehmer ein Büchlein mit Zusammenfassungen des Gelernten und dazugehörigen Bildern. Die Edukation wurde in 6 nachfolgenden Sessionen unterbreitet. Sie fand eine halbe Stunde vor der HD-Sitzung und während der HD-Sitzung statt. Die KG erhielt Routinepflege.	Vor der Intervention gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich mittlere IGZ und der Selbstwirksamkeit zwischen den beiden Gruppen. Die Selbstwirksamkeit und die mittlere IGZ unterschied sich in der IG signifikant ($p < 0.001$) in den drei Messungen. In der KG waren die Unterschiede nicht signifikant. Sofort und zwei Monate nach der Intervention war die mittlere IGZ der IG signifikant ($p = 0.02$) tiefer als in der KG. Die Selbstwirksamkeit in der IG war signifikant ($p < 0.001$) höher als in der KG sofort und zwei Monate nach der Intervention.	Stärken: - Vergleichbare Gruppen zu Beginn - Intervention sehr gut dokumentiert - Vergleichbare Settings, da Spitäler zum gleichen Netzwerk gehören Schwächen: - Relativ kurzes Follow-up - Relativ kleines Sample - Nur Teilnehmer von zwei Spitälern in einer Provinz in Iran Evidenzlevel: 2b (in Anlehnung an AHCPR 1992)
Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung					
Diese Studie zeigt, dass ein Edukationsprogramm durch Pflegefachpersonen die Selbstwirksamkeit erhöhen und so Patientenoutcomes verbessern kann.					

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>Cho, M. K. (2013). Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea. <i>Nurs Health Sci</i>, 15(1), 86-93. doi:10.1111/nhs.12003</p> <p>Südkorea</p>	<p>Ziel: Ziel dieser Studie war es, die Wirkung des Gesundheitsvertrags (health contract intervention, HCI) auf das Selbstpflegeverhalten von HD-Patienten und die physiologischen Parameter (Phosphorserum = P, Kalium = K, mittlere Gewichtszunahme) zu untersuchen.</p> <p>Design: RCT</p>	<p>Sample: 43 HD-Patienten, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen.</p> <p>In der IG waren 21 Probanden und in der KG waren 22 Probanden.</p> <p>Es gab keine signifikanten Unterschiede an der Baseline. Mit Ausnahme beim Alter und Geschlecht.</p> <p>In der IG waren 15 Männer und 6 Frauen. Das Durchschnittsalter liegt bei 56.52 (± 12.50) Jahre. In der KG waren 9 Männer und 13 Frauen. Das Durchschnittsalter liegt bei 64.24 (± 12.19) Jahre.</p> <p>Setting: Seoul National University Hospital in Südkorea zwischen November 2007 und Januar 2008.</p>	<p>Instrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventar für das Selbstpflegeverhalten anhand von Song (2000) mit Anpassung. Es wurde insgesamt 11 Fragen hinzugefügt. Es gab am Schluss 35 Fragen mit einer Bewertung von 1 bis 5 - Laborwerte 1x im Monat fürs Kalium und Phosphor anhand Hitachi 747 (Hitachi Ltd, Tokio, Japan) oder Toshiba-200FR (Toshiba Medical Systems Co. Ltd, Tokio, Japan)) - Gewichtsmessung mit einer digitalen Autoplatteform-Waage (Gambro Korea Co. Ltd, Seoul, Korea) oder einer Rollstuhlwaage (WCS-200; Caskorea Co., Ltd, Seoul, Korea) im Spital vor jeder HD <p>Interventionen: Der HCI wurde einmal pro Woche für 4 Wochen durchgeführt. Eine Woche vor jeder Sitzung füllten die Teilnehmer ein Selbstpflegeprotokoll, welches Fistelmanagement, Blutdruck- und Körpergewichtsmessung, Bewegung beinhaltet, und ein Tagebuch der Nahrungsaufnahme auf. Jede Sitzung dauerte 30 bis 60 Minuten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In der Einführungsphase redeten die Teilnehmer auf der Grundlage ihrer Selbstpflegeprotokolle über Selbstpflegeverhalten. - In der Phase der gemeinsamen Zielsetzung wurde die Leistung der Teilnehmer anhand der Selbstpflegeprotokolle und Laborergebnisse bewertet. Es wurden Kenntnisse und Hintergründe des Selbstpflegeverhaltens bewertet und ein gemeinsames Ziel gesetzt. - In der Verstärkungsphase wurde die Teilnehmer gelobt, ermutigt und unterstützt. - Ab der zweiten Woche wurde die Zielerreichung anhand von Self-Care-Logs und einer Checkliste gemessen. Teilnehmer sprechen über die Schwierigkeiten und den Nutzen der Zielerreichung. - Teilnehmer mussten das Ziel aufschreiben. Danach unterschrieb jeder Teilnehmer, und damit schlossen die Forscher den Vertrag ab. <p>Die KG erhielt Standardpflege.</p>	<p>Wichtige Ergebnisse: Die IG mit dem HCI erreichte signifikant höhere Werte bei der Selbstpflege (p=0.011) im Vergleich zur KG. Bei der Selbstpflege gehören u.a. die Ernährung (p=0,017) und das Körpergewicht (p=0,006) dazu.</p> <p>Nach der Intervention kann bei der mittleren Gewichtszunahme ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden (p=0,017).</p> <p>Alle Outcomes haben sich in der IG im Verlauf (prä- zu posttest) verbessert.</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiter waren nicht über die Zuteilung der Teilnehmer informiert - Laut Power Berechnung hatte es genügend Probanden (Power 99%). - Reliabels Messinstrument für die Selbstpflege. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Studie wurden während eines kurzen Zeitraums durchgeführt (4 Wochen) - Keine Langzeitwirkung des HCI untersucht. - Probanden nur aus einem Spital in Seoul. <p>Evidenzlevel: 1b (in Anlehnung an AHCPR 1992)</p>
<p>Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die HCI das Selbstpflegeverhalten und die durchschnittliche Gewichtszunahme verbessert. Die Pflegefachpersonen spielen eine Schlüsselrolle bei der Anwendung der HCI.</p>					

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärke / Schwächen Evidenzlevel
Kim, E. S. (2018). Development and effect of a rational-emotive-behaviour-therapy-based self-management programme for early renal dialysis patients. J Clin Nurs, 27(21-22), 4179-4191. doi:10.1111/jocn.14608 Südkorea	<p>Ziel: Die Auswirkungen eines Selbstmanagement-Programms basierend auf einer rational-emotional Verhaltens-therapie an HD-Patienten in Bezug auf die Selbstwirksamkeit, die Selbstpflege zu untersuchen.</p> <p>Design: Eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie</p>	<p>Sample: 48 Teilnehmer (<1 Monat HD). IG: 24 KG: 24</p> <p>Keine signifikanten Baseline-Unterschiede zwischen beiden Gruppen.</p> <p>In der IG waren 66.7% Männer und 33.3% Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 57.7 (± 13.42) Jahre.</p> <p>In der KG waren 54.2% Männer und 45.8% Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 59.79 (±13.14) Jahre.</p> <p>Setting: Patienten in einem Universitäts-spital in S City. IG: Zwischen Juni 2012 und Mai 2013. KG: Juni 2013-Mai 2014.</p>	<p>Instrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstwirksamkeit: 10 Items, 4 Punkte Likert Skala. - Selbstpflege: 31 Item, 5 Punkte Likert Skala. - Diese Fragebogen wurden vor und nach, und nach 4 Wochen nach der Intervention ausgefüllt. <p>Interventionen: 8 Sitzungen à 50 Minuten in 3 Phasen. 1 Phase: Wahrnehmen der Situation. (1 und 2 Sitzung) 2 Phase: Emotionale Regulation (3 Sitzung) 3 Phase: Verhaltensanpassung (4 bis 8 Sitzung)</p> <p>Inhalt der Sitzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verstehen der Krankheit 2. Erkenntnis der Vorteile der Entwicklung einer positiven Selbsteinstellung gegenüber einem veränderten Lebensstil. 3. Emotionale Entspannung und Ausdruck (Lernen positive und negative Gefühle erkennen und Coping Methoden) 4. Ziele setzen zur Erhaltung der eigenen Gesundheit. 5. Diätregime Selbstpflege 6. Diätregime Selbstpflege 7. Arteriovenöse Fistelmanagement, Bewegung und Pause während Selbstpflege 8. Entdecken und Lösen von Problemen <p>Materialien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programmbüchlein - Ampel Diät Modell - Standard Menu Diät Poster - Verschiedene Methoden zur Gestaltung der Sitzungen (Lesungen, Diskussionen, Feedbacks, Spiele, Demonstrationen von Handlungen) <p>Die KG erhielt für 8 Wochen Standardpflege und Edukation.</p>	<p>Die IG zeigt signifikante Verbesserung gegenüber der KG in der Selbstwirksamkeit ($p<0.0003$) und Selbstpflege ($p<0.030$) nach acht Wochen.</p> <p>Auch der Follow-up Score nach 12 Wochen in der Selbstwirksamkeit ist mehr gestiegen als in der KG, es ist ein signifikanter Unterschied ($p<0.0016$)</p> <p>Auch der Follow-up Score nach 12 Wochen der Selbstpflege ist bei der IG mehr gestiegen und der Unterschied zwischen den Gruppen ist signifikant ($p<0.038$).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gut beschriebene Intervention - Follow-up 12 Wochen - Reliable Messinstrumente. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rekrutierung aus einem Krankenhaus - Bei Neudiagnose ist oft in den ersten 2 bis 3 Monaten familiärer Rückhalt sehr stark. Danach müssen Patienten ihre Probleme selber lösen können. Es wäre also interessant nach 3 Monaten Pflegeinterventionen anzubieten. <p>Evidenzlevel: 2b (in Anlehnung an AHCPR 1992)</p>
<p>Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung: Dieses Selbstmanagementprogramm fördert das Selbstmanagement bei erwachsenen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz unter HD in der Anfangsphase.</p>					

Autoren, Jg., Land (nach APA, Style)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>Lingerfelt, K. L., & Thornton, K. (2011). An educational project for patients on hemodialysis to promote self-management behaviors of end stage renal disease education. <i>Nephrol Nurs J</i>, 38(6), 483-488; quiz 489.</p> <p>USA, Tennessee</p>	<p>Ziel: Das Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob ein strukturiertes Edukationsprogramm für ESRD-Patienten ihr Selbstmanagementwissen bezüglich Krankheit, Behandlung, Medikamente und Ernährung erhöht.</p> <p>Design: Ein-Gruppen-Vor- Nachher, quasi-experimentelle Studie.</p>	<p>Sample: 27 ESRD-Patienten, welche höchstens vor 6 Monaten mit der Hämodialysebehandlung begonnen haben, wurden rekrutiert. 26 Teilnehmer beendeten die Studie.</p> <p>Das Durchschnittsalter war 63.5 Jahre (31 bis 87 Jahre). 54% der Teilnehmer waren männlich.</p> <p>Setting: Zwei unabhängige ambulante Dialysezentren im Südosten von Tennessee. Von April bis Juni 2010</p>	<p>Instrumente: - CHeKS: prä und postinterventionelle Messung des Wissens</p> <p>Interventionen: Ein CHeKS-Fragebogen wurde vor und nach der Intervention ausgefüllt.</p> <p>Ein Handbuch über ESRD mit Schwerpunkt auf das Medikamentenmanagement und Selbstmanagement wurde verteilt und eins-zu-eins Sessionen wurden abgehalten, um das Handbuch zu besprechen und Frage zu klären. Es waren zwei Sessionen pro Woche von je 30 Minuten während vier Wochen. Die Sessionen wurden während den Hämodialysesitzungen abgehalten.</p> <p>Total waren es acht Sessionen, welche durch eine advanced practice registered nurse (APRN) geleitet wurden.</p>	<p>Der postinterventionelle Mittelwert des CHeKS-Instrumentes war signifikant ($p < 0.000$) höher als der präinterventionelle Mittelwert.</p> <p>Zwei Teilnehmer hatten einen Verlust von 4% zwischen der prä- und postinterventionellen Messung. Zwei Teilnehmer hatten keine Veränderungen in den Messungen.</p> <p>22 Teilnehmer zeigten eine Verbesserung der Punktezahlen von 4-61% zwischen der prä- und postinterventionellen Messung.</p> <p>Die häufigsten (prä- und postinterventionell) falsch beantworteten Fragen waren item sieben (Behandlungsmodalitäten bei ESRD) und zehn (Bewegungsempfehlungen).</p> <p>In Gesprächen nach dem Beenden der Studie wurde ersichtlich, dass die Intervention zu einem besseren Wissensstand zum Behandlungsplan beigetragen hat.</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objektive Messmethode - Zwei unabhängige Dialysezentren (des gleichen Netzwerks). - Gut übertragbare Resultate. - Power-Berechnung durchgeführt. Mit 26 Teilnehmer Power = 0.8. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kein Follow-up, kurze Studienzeit (3 Monate) - Kleines Sample. - Ungewiss, ob Teilnehmer schon einmal eine Edukation erhalten haben - Region limitiert auf Südosten von Tennessee <p>Evidenzlevel: 2b (in Anlehnung an AHCPR 1992)</p>
<p>Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass ein 1:1 Edukationsprogramm das Wissen der HD-Patienten über ESRD, die Behandlung, Ernährung, Medikamentenmanagement und Selbstmanagement verbessern kann.</p>					

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärke / Schwäche Evidenzlevel
Liu, L., Liu, Y.-P., Wang, J., An, L.-W., & Jiao, J.-M. (2016). Use of a knowledge-attitude-behaviour education programme for Chinese adults undergoing maintenance haemodialysis: Randomized controlled trial. Journal of International Medical Research, 44(3), 557-568. doi:10.1177/0300060515604980 China	Ziel: Die Auswirkungen eines Aufklärungsmodells für Wissen, Haltung und Verhalten auf den Erwerb von krankheitsbezogenem Wissen und Verhalten des Selbstmanagement von HD-Patienten zu untersuchen Design: RCT	Sample: Insgesamt waren 86 Probanden mit ESRD Stadium 5. Die Hälfte war (n=43) in der IG und die andere Hälfte (n= 43) in der KG. In der IG waren 53,5% Männer und in der KG 60,5% Männer. Das Durchschnittsalter in der IG war 41,7 (± 15,18) Jahren und in der KG bei 44,3 (± 14,6) Jahren. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen an der Baseline. Setting: Zwischen Oktober 2011 bis Mai 2012 in das Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin, China.	Instrumente: - Fragenbogen mit 20 Items fürs Selbstmanagement - Fragenbogen mit 20 Items um das krankheitsbezogene Wissen zu ermitteln. - Parameter; Indikatoren für das Selbstmanagementverhalten (Gewichtskontrolle, angemessene Ernährung, richtige Medikamenteneinnahme, körperliche Aktivität, Krankheitsüberwachung, psychologisches und soziales Verhalten) Interventionen: Messung des Selbstmanagementverhaltens und des krankheitsbezogenen Wissens wurde vor der Intervention und 6 Monaten nach der Intervention gemessen. Interventionsgruppe Die Teilnehmer erhielten Patientenedukation. Krankheitsbezogene Informationen über Grundsätze und wichtige Aspekte der HD (Ernährung, psychologisches und soziales Verhalten, Selbstbeobachtung, Fistelmanagement, Bewegung und Ruhe, Medikamentenmanagement), Prävention von Komplikationen und Notfallbehandlung wurden abgegeben. Dies anhand von schriftlichen Materialien, Vorträge und Zeit für Gespräche mit dem Pflegepersonal. Alle 2 Wochen wurde eine Diskussion durchgeführt. Die Patienten wurden in fünf Gruppen von jeweils etwa gleicher Grösse unterteilt, um Veränderungen in ihren Überzeugungen zu verstärken und fokussierte und konsistentere Gesundheitsüberzeugungen zu erreichen. Hotlines für den Austausch wurden geöffnet und zur Beziehungsbildung wurde Telefonate und Interviews mit Patienten und deren Angehörigen durchgeführt. Die Patienten mussten ein Tagebuch (Körpergewicht, Herzfrequenz, Blutdruck, Harnvolumen ...) führen. Kontrollgruppe Routinemässige Informationen zur Gesundheitserziehung gegeben, die sich auf Ernährung, Medikation, Bewegung, Überwachung, Prävention und Behandlung von Komplikationen sowie andere Maßnahmen beziehen. Es wurden Standardmaterialien zur mündlichen Edukation verwendet. Die Nachsorge (Follow-up) der Patienten erfolgte mittels mündlicher Mitteilung, die einmal alle 2 Wochen geplant war.	Vor der Intervention gab es keine signifikanten Unterschiede im krankheitsbezogenem Wissen und im Selbstmanagementverhalten zwischen den Gruppen. 6 Monate nach der Intervention war das krankheitsbezogene Wissensniveau der IG signifikant höher als an der Baseline ($p < 0.05$). Im Vergleich zur KG hat die IG signifikant höhere Werte im krankheitsbezogenen Wissen ($p < 0.05$). Vor der Intervention war kein signifikanter Unterschied beim Selbstmanagementverhalten ersichtlich zwischen den beiden Gruppen ($p > 0.05$). Die Werte für das Selbstmanagementverhalten waren für beide Gruppen signifikant höher nach der Intervention ($p < 0.05$). Die Werte waren für die IG signifikant höher als für die KG ($p < 0.05$).	Stärken: - Grosse Stichprobe - Konfidenzintervall angegeben - Ethische Genehmigung - Reliable Messungen Schwächen: - Keine andere Studie untersuchte die attitude-behavior-Edukationsprogramm bei Dialysepatienten: keine Vergleiche möglich, kein Anhaltspunkt für die Stichprobengrösse - Nur ein Spital in China Evidenzlevel: 1b (in Anlehnung an AHCPR 1992)

Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung

Die Anwendung dieses Modells hat in der Gesundheitserziehung das Potenzial, schlechte Gewohnheiten zu reduzieren, gesundes Verhalten zu fördern und das Selbstmanagementverhalten von Patienten mit HD zu verbessern.

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>Poorgholami, F., Javadpour, S., Saadatmand, V., & Jahromi, M. K. (2015). Effectiveness of Self-Care Education on the Enhancement of the Self-Esteem of Patients Undergoing Hemodialysis. Glob J Health Sci, 8(2), 132-136. doi:10.5539/gjhs.v8n2p132</p> <p>Iran</p>	<p>Ziel: Die Studie untersucht die Auswirkung eines Selbstpflege-Edukationsprogrammes auf das Selbstwertgefühl von HD-Patienten.</p> <p>Design: Quasi-experimentelle Studie</p>	<p>Sample: 50 Patienten mit fortgeschrittener chronischer Nierenerkrankung unter HD wurden rekrutiert und je 25 zufällig der IG oder KG zugeteilt.</p> <p>In der IG waren 56% Frauen und 44% Männer. In der KG waren 40% Frauen und 60% Männern. Die Teilnehmer waren zwischen 18 und 65 Jahre alt.</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Gruppen an der Baseline.</p> <p>Setting: Im Zeitraum von 2013 - 2014 an der HD-Abteilung des Motahari-Krankenhauses in Jahrom (Iran).</p>	<p>Instrumente: Rosenberg-Skala; Erfassung des Selbstwertgefühls. Likert 4 Punkte Skala mit 10 Items.</p> <p>Erhoben bevor der Intervention und 2 Monate nach der Intervention.</p> <p>Interventionen: Die IG erhielt 5 aufeinanderfolgende einstündige Trainingseinheiten des Forschers zur Vertrautheit mit dem Krankheitsprozess, zur Bedeutung der HD und der Diät, zur Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr, zur täglichen Körpergewichtskontrolle, zur körperlichen Aktivität, zur Überprüfung der Vitalparameter, zu Symptomen der zugrunde liegenden Erkrankung, zur Bedeutung von Raucherentwöhnung, Stressbewältigung und Muskelentspannung. Dann wurde die Rosenberg-Skala 2 Monate später von den Patienten ausgefüllt.</p>	<p>Das Selbstwertgefühl verbesserte sich 2 Monate nach der Intervention bei der IG im Vergleich zur KG signifikant ($p < 0.001$).</p> <p>In der KG ergab sich nach 2 Monaten keine signifikante Verbesserung.</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Randomisierung - Validiertes Messinstrument <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kleine Stichprobe. - kurze Zeit der Studie. - Interessant wären auch ein Selbstversorgungsscore und ein Wissensscore gewesen und ein längeres Follow-up. - Eine Abteilung. - Keine Alterserhebung <p>Evidenzlevel: 2b (in Anlehnung an AHCPR 1992)</p>
<p>Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung Die Intervention stärkt das Selbstwertgefühl der Klienten durch Informationen zu Selbstpflege signifikant, was mit einem verbesserten Selbstmanagement einhergehen könnte.</p>					

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Wang, L. M., & Chiou, C. P. (2011). Effectiveness of interactive multimedia CD on self-care and powerlessness in hemodialysis patients. J Nurs Res, 19(2), 102-111. doi:10.1097/JNR.0b013e31821b0eff Taiwan	Ziel: Die Wirksamkeit eines interaktiven Multimedia CD Edukations-programm untersuchen. Design: Quasi-experimentelle Interventions-studie.	Sample: Es sind ESRD-Patienten, die seit weniger als einem Jahr mit HD behandelt wurden und 3x wöchentlich HD-Therapie haben. Insgesamt waren 60 Teilnehmer davon 30 in der Interventions- und 30 in der Kontrollgruppe. Die Patienten wurden anhand der Dialysezeit der KG oder IG zugeteilt. - Montag, Mittwoch und Freitag - IG - Dienstag, Donnerstag und Samstag - KG Das Alter unterschied sich signifikant zwischen den Gruppen. In der IG waren 63.3% Frauen und 36.7% Männer und das Durchschnittsalter war 50,13 (±14,75) Jahre. Bei der KG waren 50% Frauen und 50% Männer und das Durchschnittsalter bei 62.55 (± 10.45) Jahren. Setting: 6 Dialysezentren Süd Taiwan.	Instrumente: Zu den Untersuchungsinstrumenten der Studie gehörten: - Fragebögen zu Wissen und Verhalten in der Dialyse-Selbstpflege - Ein Tool zur Beurteilung der Machtlosigkeit (PAT) (Skala von Kubsch und Wichowski 1997 verwendet) Interventionen: Die IG wurde mit einer interaktiven Multimedia-CD zur Gesundheitserziehung instruiert. Nachdem sie den Umgang mit der interaktiven Multimedia-CD gelernt hatten, erhielten sie 4 Wochen lang eine Anleitung durch die CD. Die Teilnehmer wurden unmittelbar nach Beendigung des Programms und erneut nach einem Monat geprüft. Die Einschätzungen der Gesundheitserziehung wurden zeitlich so festgelegt, dass sie mit der Zeit übereinstimmen, zu der die Patienten eine Dialyse erhielten. Die Patientenedukation fand am Krankenbett statt, und der Forscher nutzte das Verhalten der Selbstpflege und das Gefühl der Machtlosigkeit als abhängige Variablen, um die Auswirkungen der CD zu untersuchen. Die Lehrinhalte der interaktiven Multimedia-CD umfassten normale Nierenfunktionen, Definitionen und Gründe für Nierenversagen, chronische Nierenversagenszeichen und -symptome, eine Einführung in HD, richtige HD-Diät, richtige Übungen zur Verbesserung der HD-Effizienz, tägliche HD-Selbstversorgung und HD-Komplikationen und deren Prävention. Die CD konnte jeder Zeit während der HD- Sitzung angeschaut werden. Die KG erhielt regelmässig eine einheitliche Patientenedukation (Informationen). Sie erhielt einen sofortigen Prätest, einen ersten Posttest nach 4 Wochen und einen zweiten Posttest nach 8 Wochen.	Die Werte des Wissens über Selbstpflege sind bei der IG von Beginn bis zur 8. Woche linear gestiegen. Es gab keinen signifikanten Unterschied in Selbstpflegeverhalten zwischen beiden Gruppen (p=0.297) vor der Intervention. Prä- und Posttest haben gezeigt, dass das Wissen über die Selbstpflege und das Selbstpflegeverhalten signifikant gestiegen sind (p<.001). Die Durchschnittswerte des Selbstpflegeverhalten beider Gruppen stieg zwischen prä- und posttest. Hier war der Wert für die IG signifikant höher als der der KG (p<0.000). Es gab einen signifikanten Unterschied in Selbstpflege-verhalten zwischen beiden Gruppen (p=0.011) nach 8 Wochen. Das Gefühl der Machtlosigkeit wurde bei der IG signifikant reduziert (p<.001). Die positiven Ergebnisse aller Werte blieben auch nach Abschluss (1 Monat Follow up) der Intervention erhalten (p<0.001).	Stärken: - Die entwickelten Fragebögen, um Daten über Wissen und Verhalten im Selbstpflege-Bereich zu erheben, zeigten eine hohe interne Konsistenz und Zuverlässigkeit von testYretest. - Die positiven Ergebnisse blieben auch nach Abschluss der Intervention erhalten. Schwächen: - Selbstpflegeverhaltensmessungen basierten auf selbstberichteten Daten, die nicht objektiv validiert wurden. Dies kann einen negativen Einfluss auf die Genauigkeit der Variablen des Selbstpflege-verhaltens haben. - Probanden nur aus dem Süden Taiwans rekrutiert - Nicht gleichwertige Gruppen zu Anfang. Nicht gleichviele Patienten von jedem Zentrum in der IG und KG. Evidenzlevel: 2b (in Anlehnung an AHCPR 1992)
Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung Die Verwendung der entwickelten interaktiven Multimedia-CD kann das Wissen und das Verhalten der Patienten zur Selbstpflege effektiv fördern und das Gefühl der Machtlosigkeit lindern. Aber ebenso wichtig ist die individuelle Betreuung durch das Pflegepersonal.					

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwäche Evidenzlevel
<p>Vari Wileman, Joseph Chilcot, Christopher J. Armitage, Ken Farrington, David M. Wellsted, Sam Norton, Andrew Davenport, Gail Franklin, Maria Da Silva Gane, Robert Horne & Mike Almond (2016) Evidence of improved fluid management in patients receiving haemodialysis following a self-affirmation theory-based intervention: A randomised controlled trial, Psychology & Health, 31:1, 100-114, DOI: 10.1080/08870446.2015.1073729</p> <p>Grossbritannien</p>	<p>Ziel: Das Ziel dieser Studie war zu untersuchen, ob eine Intervention, welche sich auf die Selbstbestätigungstheorie basiert, die Wahrnehmung von Dialysepatienten über die Wichtigkeit der Flüssigkeitsrestriktion und ihre Rolle der Bewältigung verändert.</p> <p>Design: RCT</p>	<p>Sample: 91 Patienten wurden durch einen Nephrologen ausgesucht und nahmen an der Studie teil. IG: 49 KG: 40 Nach 12 Monate Follow up: IG: 36 KG: 24</p> <p>In der IG waren es 54% Männer und das Durchschnittsalter lag bei 62.8 (\pm 14.9) Jahre. In der KG waren 46% Männer und das Durchschnittsalter lag bei 58.2 (\pm 16) Jahren.</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen an der Baseline.</p> <p>Setting: 6 Dialyseabteilungen in 3 Nationalen Gesundheitsdiensten in Grossbritannien.</p>	<p>Instrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reed & Aspinwall: Manipulation der Selbstbestätigung - Evaluation der Gesundheitsrisiko Informationen, Fragebogen 11 items - Interdialytische- Gewichtszunahme - self-reported Flüssigkeits- Adhärenz Fragebogen. <p>Interventionen: Dialysepatienten haben während der regelmässigen Dialysesitzungen Fragebogen ausgefüllt. Das Material war in beiden Gruppen identisch, ausser dem interventionellen Material. Die IG hatte zusätzlich selbstbestätigende Fragen. Mit diesem Fragebogen vertieften sie die Ja-Antworten. Daraufhin erhielten beide Gruppen Informationen über das Risiko von Komplikationen wie Muskelkrämpfe beim Nicht-Einhalten der Flüssigkeitsrestriktionen. Sofort nach dem Erhalt/Lesen dieser Informationen mussten die Patienten beider Gruppen einen Fragebogen ausfüllen, indem sie sagen mussten wie sie die Informationen bewerten. Zudem füllten sie einen Fragebogen aus, indem sie ihre Absicht ihre Flüssigkeitsaufnahme zu kontrollieren und Selbstwirksamkeit bewerteten. Zur klinischen Messung des Flüssigkeitsmanagements diente die IGZ und die durch die HD entfernte Flüssigkeit.</p> <p>Die Selbstbestätigungsintervention wurde zu Beginn (Baseline) ausgeführt und eine kürzere Version jeweils nach 1, 3, und 6 Monaten.</p>	<p>Diese Null-Befunde unterstützen diejenigen, die in unserer früheren Studie beobachtet wurden (Wileman et al., 2014).</p> <p>Der Unterschied (mean) der interdialytischen Gewichtszunahme (IDWG) zwischen beiden Gruppen war signifikant ($p < 0.04$). Nach weiteren 6 Monate nahmen beide Gruppen jedoch beim IDWG wieder zu.</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diverse und realistische Teilnehmergruppe - Messbare und Selbstreport Resultate <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relativ kleine Stichprobengrösse - variierende interdialytische Gewichtszunahme. - Nicht alle Patienten wurden als Hochrisiko mit schlechter Therapiekontrolle eingeschätzt. - 33% Dropout - Untersucher nicht verblindet – bias - Intervention nicht genau beschrieben <p>Evidenzlevel: 1b (in Anlehnung an AHCPR 1992)</p>
<p>Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung Die Pflegeintervention „Selbstbestätigung“ hat keinen statistisch signifikanten Einfluss auf das Selbstmanagement bei erwachsenen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz unter HD-Behandlung.</p>					

11.3 Anhang C: Kritische Beurteilungen der Studien

Kritische Beurteilung Aliasgharpour et al. (2012)

Quelle:

Aliasgharpour, M., Shomali, M., Moghaddam, M. Z., & Faghihzadeh, S. (2012). Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis. *J Ren Care*, 38(3), 155-161. doi:10.1111/j.1755-6686.2012.00305.x

Ziel:

Diese Studie untersucht die Wirkung eines Selbstwirksamkeitsförderungsprogramm auf die Körpergewichtsveränderungen und auf die Selbstwirksamkeit bei HD-Patienten.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Alle HD-Patienten der zwei Uni-Spitäler aus der HD-Abteilung in der Zanjan Provinz, Iran, welche die Einschlusskriterien erfüllen. Alle Teilnehmer eines Spitals wurden der KG und des anderen Spitals der IG zugeteilt. Folglich keine Randomisierung.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Beginn und Ende der Studie: IG: 32 Patienten KG: 31 Patienten Follow-up Rate: = 100%
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Die Patienten waren verblindet. Keine Angaben zur Verblindung der Auswerter.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Ja, keine signifikanten Unterschiede in der Demografie und Outcomes zwischen den zwei Gruppen.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Beide Krankenhäuser gehören zur gleichen Universität, Ausrüstung und Admissionsstrategien sind vergleichbar.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Keine Intention-to-treat, da keine Drop-outs.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Keine Power-Berechnung ersichtlich.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, die Resultate stehen im Einklang mit anderen Studienresultate.

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Mittlere IGZ (kg) Vorher: - KG: 2.60 ± 0.59 - IG: 2.70 ± 0.77
--	---

		<p>Nachher:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 2.60 ± 0.6 - IG: 2.20 ± 0.65 <p>Nach 2 Monaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 2.80 ± 0.56 - IG: 2.10 ± 0.67 <p>Selbstwirksamkeit</p> <p>Vorher:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 72 ± 20.5 - IG: 67.3 ± 19.60 <p>Nachher:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 70.70 ± 21.20 - IG: 80.50 ± 16.90 <p>Nach 2 Monaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 72 ± 20.50 - IG: 86.90 ± 14.70
	10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>Mittlere IGZ (kg)</p> <p>Sofort ($p=0.02$) und zwei Monate nach der Intervention ($p=0.02$) war das MBWG in der IG signifikant tiefer als in der KG.</p> <p>Selbstwirksamkeit</p> <p>In der IG war die Selbstwirksamkeit sofort nach der Intervention ($p<0.001$) und zwei Monate danach ($p<0.001$) signifikant höher als in der KG.</p> <p>Signifikante Unterschiede der Werte in der IG während den drei Messzeitpunkten: $p < 0.001$</p>
	11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Kein Konfidenzintervall angegeben.

Anwendbarkeit

	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja. Die Häufigkeit und die Dauer der HD ist vergleichbar. Das Durchschnittsalter liegt eher tief. Bei 52 Jahre in der IG und bei 47 Jahre bei der KG.
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja, alle wichtigen Ergebnisse wurden betrachtet.
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<p>In dieser Studie geht es um ein Edukationsprogramm. Keine Risiken oder Nebenwirkungen bekannt.</p> <p>Das Edukationsprogramm und die daraus resultierende höhere Selbstwirksamkeit können dazu beitragen die Gesundheitskosten längerfristig zu reduzieren.</p> <p>Jedoch könnten mehr Pflegefachpersonen für die Beratung gebraucht werden, was andererseits zu höheren Kosten beitragen könnte.</p>
	15. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	<p>Das Ziel und die Methode der Studie wurden den Patienten erklärt. Sie waren frei in der Entscheidung über die Teilnahme. Die Teilnehmer haben eine «informed consent» unterschrieben.</p> <p>Genehmigung von ethischem Komitee erhalten.</p>

Kritische Beurteilung Cho (2013)**Quelle:**

Cho, M. K. (2013). Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea. Nurs Health Sci, 15(1), 86-93. doi:10.1111/nhs.12003

Ziel:

Ziel dieser Studie war es, die Wirkung des Gesundheitsvertrags (health contract intervention, HCI) auf das Selbstpflegeverhalten von Dialysepatienten und die physiologischen Parameter (Phosphorserum = P, Kalium = K, mittlere Gewichtszunahme) zu untersuchen.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Dialysepatienten im Seoul National University Hospital, anhand Einschluss- und Ausschlusskriterien. Die Teilnehmer wurden anhand einer random number table entweder zur Interventions- oder KG zugeteilt.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	In der KG haben alle 22 Teilnehmer die Studie beendet. In der IG verliess ein Teilnehmer die Gruppe wegen einer Nierentransplantation vor der Intervention. Während und zum Schluss waren in der IG 21 Teilnehmer. Follow-up: = 100%.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Teilnehmer und Auswerter der Outcomes waren verblindet.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Alter und Geschlecht signifikant unterschiedlich. Es wurde eine ANCOVA (analysis of covariance) Analyse durchgeführt. Dies zeigte, dass das Alter und Geschlecht keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Ansonsten sind die Gruppen vergleichbar. Keine signifikanten Unterschiede im Selbstpflegeverhalten.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Ja, sie wurden abgesehen von der Intervention gleichbehandelt.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Es gab keine Wechsler. Alle Teilnehmer wurden in der zugeteilten Gruppe bewertet worden.

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Ja. Die Power-Berechnung ergab 17 Teilnehmer pro Gruppe. Die Studie hat ein Power von 99%.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, die Ergebnisse der Studie stehen im Einklang mit anderen Studien.

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<p>Selbstpflege</p> <p><u>Prätest:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 3.39 ± 0.55 - IG: 3.41 ± 0.52 <p><u>Posttest:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 3.34 ± 0.46 - IG: 3.77 ± 0.56 <p>Medikamentenmanagement</p> <p><u>Prätest:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 4.57 ± 0.52 - IG: 4.23 ± 0.64 <p><u>Posttest:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 4.34 ± 0.59 - IG: 4.48 ± 0.60 <p>Ernährungsmanagement</p> <p><u>Prätest:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 3.20 ± 0.78 - IG: 3.10 ± 0.66 <p><u>Posttest:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 3.35 ± 0.62 - IG: 3.75 ± 0.68 <p>Mittlere Gewichtszunahme</p> <p><u>Prätest:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 1.99 ± 0.63 - IG: 2.03 ± 0.71 <p><u>Posttest:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - KG: 2.14 ± 0.58 - IG: 1.67 ± 0.68
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>Die IG erreichte signifikant höhere Werte in der Selbstpflege. Posttest: $p < 0.05$ Bei der Selbstpflege gehören das Ernährungsmanagement und die Gewichtszunahme dazu.</p> <p>Ernährungsmanagement: Posttest $p < 0.05$ Gewichtszunahme: $P < 0.05$</p>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Kein Konfidenzintervall angegeben.

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, die Ergebnisse sind auf Patienten übertragbar.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja, es wurden alle wichtigen Ergebnisse betrachtet. Diese Studie deckt aber nicht alle Dimensionen des Selbstmanagements ab.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<p>Ja. In dieser Studie geht es um einen therapeutischen Vertrag und passende Edukation.</p> <p>Die daraus resultierende höhere Selbstwirksamkeit können dazu beitragen die Gesundheitskosten längerfristig zu reduzieren.</p> <p>Jedoch könnten mehr Pflegefachpersonen für die Beratung gebraucht werden, was andererseits zu höheren Kosten beitragen könnte.</p>
15. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	<p>Alle Patienten unterschreiben einen "informed consent".</p> <p>Die Studie erhielt eine ethische Genehmigung einer Ethikkommission.</p>

Kritische Beurteilung von Kim (2018)**Quelle:**

Kim, E. S. (2018). Development and effect of a rational-emotive-behaviour-therapy-based self-management programme for early renal dialysis patients. *J Clin Nurs*, 27(21-22), 4179-4191. doi:10.1111/jocn.14608

Ziel:

Die Auswirkungen eines Selbstmanagement-Programms basierend auf einer rational-emotional Verhaltenstherapie an HD-Patienten in Bezug auf die Selbstwirksamkeit, die Selbstpflege zu untersuchen.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Anhand Ein- und Ausschlusskriterien wurden Patienten aus dem Universitätsspital in Seoul City (Korea) rekrutiert, welche mit Dialyse kürzlich begonnen haben. Keine Randomisierung.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Zu Beginn: 48 Am Ende: 48 Je 24 Teilnehmer in der Interventions- und Kontrollgruppe. Keine Dropouts. Follow-up = 100%
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Nicht ersichtlich.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Ja, es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Homogenitäts-Teste wurden durchgeführt.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Ja, beide Gruppen wurden gleich behandelt.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Keine Wechsel der Gruppen beschrieben. Keine Intention-to-treat Analyse.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Power-Berechnung ist erfolgt für 48 Teilnehmer. Power = 0.80, Signifikanzlevel bei $p=0.05$.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, viele Studien belegen die Wirksamkeit von Selbstmanagementprogramme bei Dialysepatienten. Aber nicht bei beginnender Dialyse.

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Selbstwirksamkeit Prätest - IG: 3.06 ± 0.43 - KG: 3.18 ± 0.36 8-Wochen posttest:
--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - IG: 3.46 ± 0.32 - KG: 3.24 ± 0.31 <p>12-Wochen posttest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 3.45 ± 0.41 - KG: 3.23 ± 0.39 <p>Selbstpflege</p> <p>Prätest</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 3.91 ± 0.44 - KG: 3.83 ± 0.56 <p>8-Wochen posttest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 4.38 ± 0.42 - KG: 4.00 ± 0.49 <p>12-Wochen posttest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 4.41 ± 0.47 - KG: 4.03 ± 0.49
	10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>Die IG zeigt signifikante Verbesserung gegenüber der KG in der Selbstwirksamkeit ($p < 0.0003$) und Selbstpflege ($p < 0.030$) nach acht Wochen.</p> <p>Auch der Follow-up Score nach 12 Wochen in der Selbstwirksamkeit ist mehr gestiegen als in der KG, es ist ein signifikanter Unterschied ($p < 0.0016$)</p> <p>Auch der Follow-up Score nach 12 Wochen der Selbstpflege ist bei der IG mehr gestiegen und der Unterschied zwischen den Gruppen ist signifikant ($p < 0.038$).</p>
	11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Kein Konfidenzintervall angegeben.

Anwendbarkeit

	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, es sind ähnliche Patienten und eine ähnliche Umgebung (HD-Abteilung).
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Keine Nebenwirkungen bekannt von Edukationsprogrammen. Keine einzelnen Resultate der Dimensionen ersichtlich, aber die Selbstpflege wurde damit berechnet.
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die Patienten profitieren von dem Selbstmanagementprogramm, sie werden geschult, womit sie ihre Selbstwirksamkeit und Selbstpflege verbessern. Die Intervention birgt keinerlei Risiken. Auf lange Sicht könnte die Intervention die Gesundheitskosten senken. Personalkosten könnten aber erhöht werden.
	15. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Ethische Genehmigung wurde vor der Datensammlung eingeholt. Alle Teilnehmer wurden informiert und waren frei in der Entscheidung teilzunehmen.

Kritische Beurteilung quantitative non-randomisierte Studie, Lingerfelt & Thornton (2011)

Quelle: Lingerfelt, K. L., & Thornton, K. (2011). An educational project for patients on hemodialysis to promote self-management behaviors of end stage renal disease education. *Nephrol Nurs J*, 38(6), 483-488; quiz 489.

Ziel/Fragestellung: Das Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob ein strukturiertes Edukationsprogramm für ESRD-Patienten ihr Selbstmanagementwissen bezüglich Krankheit, Behandlung, Medikamente und Ernährung erhöht.

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				Es ist eine klare quantitative Fragestellung.
	S2. Do the collected data allow address the re-search questions?				Ja, die Datensammlung entspricht der Fragestellung. Die Messung wurde mit dem CHeKS-Instrument, das Wissen misst, gemessen. Es ist eine Vor-Nachher Studie, also kein Follow-up obligatorisch.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
3. Quantitative non- randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				Keine Randomisierung, da single group Studie. Aus zwei Dialysezentren in Südosten Tennessee. Demografische Daten angegeben. Ein- und Ausschlusskriterien sind genannt. Drop-outs begründet.
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				CHeKS misst Wissen spezifisch bei Dialysepatienten. Reliabilität (Kuder-Richardson Koeffizient) und Validität (a priori Modell of correlation) wurden überprüft.
	3.3. Are there complete outcome data?				Drop Out: 1 Teilnehmer wegen Transplantation. Alle restlichen Teilnehmer haben die Studie beendet.
	3.4. Are there cofounders accounted for in the design and analysis?				Nicht ersichtlich.
	3.5 During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				Die Intervention wurde wie geplant durchgeführt. Wegen Planungszwecken wurden die Teilnehmer in drei Gruppen unterteilt. Jede Gruppe erhielt 4 Wochen die Intervention.

Kritische Beurteilung Liu et al. (2016)**Quelle:**

Liu, L., Liu, Y.-P., Wang, J., An, L.-W., & Jiao, J.-M. (2016). Use of a knowledge-attitude-behaviour education programme for Chinese adults undergoing maintenance haemodialysis: Randomized controlled trial. *Journal of International Medical Research*, 44(3), 557-568. doi:10.1177/0300060515604980

Ziel:

Die Auswirkungen eines Aufklärungsmodell für Wissen, Haltung und Verhalten auf den Erwerb von krankheitsbezogenem Wissen und Verhalten des Selbstmanagement von Dialysepatienten zu untersuchen.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Teilnehmer wurden anhand Ein- und Ausschlusskriterien vom Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University (China) nach dem Zufallsprinzip randomisiert rekrutiert. Die Teilnehmer wurden anhand zufällig generierter Nummern den zwei Gruppen zugeteilt.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Zu Beginn: 86 Teilnehmer In der IG waren 43 und in der KG waren 43 Teilnehmer. Keine Drop-outs. Follow-up = 100%
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Die Teilnehmer sind verblindet. Zur möglichen Verblindung des Personals und der Untersucher wird nichts erwähnt.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen an der Baseline.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Ja, abgesehen von der Intervention.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Ja, es gab keine Wechsler.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Ja, es wurde berechnet, dass eine Stichprobengröße von >36 Teilnehmer effektiv wäre. Teilnehmeranzahl: 86. Berechnung aber nicht nachvollziehbar.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Keine andere Studie untersuchte die Auswirkungen dieses Aufklärungsmodells bei Dialysepatienten. Jedoch wurde dieses Aufklärungsmodell bei HIV Patienten untersucht und zeigte signifikante Ergebnisse.

Aussagekraft

	9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<p>Baseline Selbstmanagementverhalten</p> <p>Gewichtsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 4.51 ± 1.18 - KG: 4.77 ± 0.86 <p>Ernährungsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 6.86 ± 1.14 - KG: 6.60 ± 1.04 <p>Medikamentenmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 4.53 ± 1.07 - KG: 4.76 ± 0.71 <p>24 Wochen posttest</p> <p>Gewichtsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 5.83 ± 0.78 - KG: 5.09 ± 0.78 <p>Ernährungsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 8.46 ± 0.98 - KG: 7.18 ± 0.85 <p>Medikamentenmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 5.86 ± 0.94 - KG: 4.88 ± 0.69 <p>Baseline Wissen</p> <p>Gewichtsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 5.04 ± 1.29 - KG: 5.65 ± 1.92 <p>Ernährungsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 5.12 ± 1.35 - KG: 5.60 ± 1.54 <p>Medikamentenmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 3.88 ± 1.33 - KG: 4.07 ± 1.16 <p>Angemessenheit der Dialyse</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 5.51 ± 1.14 - KG: 5.53 ± 1.28 <p>24 Wochen posttest</p> <p>Gewichtsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 7.35 ± 0.81 - KG: 5.81 ± 1.86 <p>Ernährungsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 7.60 ± 0.82 - KG: 5.81 ± 1.43 <p>Medikamentenmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 5.28 ± 0.59 - KG: 4.21 ± 1.08 <p>Angemessenheit der Dialyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG: 7.26 ± 0.82 - KG: 5.67 ± 1.19
	10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>In der KG gab es signifikante Unterschiede zwischen Baseline und 24 Wochen Follow-up. Ausser bei dem Medikamentenmanagement beim Selbstmanagementverhalten.</p> <p>In der IG signifikante Unterschiede ($p < 0.001$) in allen Bereichen zwischen Baseline und 24 Wochen Follow-up.</p> <p>Signifikanter Unterschied ($p < 0.001$) zwischen Interventions- und KG nach 24 Wochen.</p>
	11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Konfidenzintervall von 95% angegeben.

Anwendbarkeit

	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, erwachsene Patienten, welche HD erhalten. Jedoch ist das Durchschnittsalter tief. Mit der Möglichkeit, dass die Ernährung unterschiedlich ist.
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja. Nicht alle fünf Dimensionen erhalten (HD-Zeit).
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Ja. Es gab signifikante Resultate, auch wenn die Intervention für das Pflegepersonal ein Mehraufwand bedeuten könnte und somit höhere Kosten.
	15. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Ethische Genehmigung von Ethikkomitee erhalten. Alle Teilnehmer wurden informiert und haben einen «informed consent» unterschrieben.

Kritische Beurteilung Poorgholami et al. (2015)**Quelle:**

Poorgholami, F., Javadpour, S., Saadatmand, V., & Jahromi, M. K. (2015). Effectiveness of Self-Care Education on the Enhancement of the Self-Esteem of Patients Undergoing Hemodialysis. *Glob J Health Sci*, 8(2), 132-136. doi:10.5539/gjhs.v8n2p132

Ziel:

Die Studie untersucht die Auswirkung eines Selbstpflege Edukationsprogramm auf das Selbstwertgefühl von Dialysepatienten.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Die Teilnehmer wurden anhand Ein- und Ausschlusskriterien aus der HD-Abteilung des Motahari Krankenhaus in Jahrom (Iran) rekrutiert. Die Teilnehmer wurden randomisiert der Interventions- und KG zugeteilt.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Beginn: 50 Teilnehmer, je 25 in jeder Gruppe. Ende der Studie: Nicht ersichtlich.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Nicht ersichtlich.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Ja, beide Gruppen waren vergleichbar. Ein Paired t-test zeigte, dass das Selbstwertgefühl signifikant anders in den beiden Gruppen war vor der Intervention, jedoch ein unabhängiger t-test hat keinen signifikanten Unterschied vor der Intervention festgestellt.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Ja, beide Gruppen wurden abgesehen von der Intervention gleich behandelt.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Keine Wechsler erwähnt, nicht ersichtlich, wie viele am Ende in welcher Gruppe bewertet worden sind.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Keine Power Berechnung ersichtlich.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, sie stehen im Einklang mit anderen Studien.

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Mittelwert des Selbstwertgefühls Vor der Intervention <ul style="list-style-type: none"> - IG: 12.20 ± 2.48 - KG: 13.48 ± 2.63 Zwei Monate nach der Intervention <ul style="list-style-type: none"> - IG: 14.24 ± 2.57 - KG: 12.32 ± 2.49
--	---

	10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Die Resultate der IG waren signifikant ($p < 0.001$). Die Werte haben sich nach 2 Monaten signifikant verbessert.
	11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Kein Konfidenzintervall angegeben.

Anwendbarkeit

	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, die Ergebnisse sind übertragbar. Jedoch ist kein Durchschnittsalter angegeben.
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Nein, interessant wären auch ein Selbstpflegescore und ein Wissensscore gewesen und ein längeres Follow-up.
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Ja. Die Personalkosten könnten erhöht werden, um die Pflegefachpersonen zu schulen.
	15. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Die Patienten wurden informiert und unterschrieben einen «informed consent». Die Patienten wurden informiert, dass die Teilnahme freiwillig ist und sie jeder Zeit die Studie verlassen können. Keine Angaben zu einer ethischen Genehmigung.

Kritische Beurteilung Wang et Chiou (2011)**Quelle:**

Wang, L. M., & Chiou, C. P. (2011). Effectiveness of interactive multimedia CD on self-care and powerlessness in hemodialysis patients. *J Nurs Res*, 19(2), 102-111.
doi:10.1097/JNR.0b013e31821b0eff

Ziel:

Die Wirksamkeit eines interaktiven Multimedia CD Edukationsprogrammes zu untersuchen.

Glaubwürdigkeit

	1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<p>Alle Teilnehmer wurde in 6 Dialysezentren Süd Taiwan rekrutiert, anhand Einschluss- und Ausschlusskriterien.</p> <p>Die 6 Dialysezentren waren bereit an der Forschung teilzunehmen.</p> <p>Um zu verhindern, dass Forschungsergebnisse durch Gespräche oder Interaktionen zwischen den Teilnehmern beeinflusst werden, wurden die Patienten anhand der Dialysezeit in der KG oder IG zugeteilt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montag, Mittwoch und Freitag (IG) - Dienstag, Donnerstag und Samstag (KG)
	2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<p>Es waren insgesamt 60 Patienten in der Studie</p> <p>KG: 30</p> <p>IG: 30</p> <p>Es gibt keine Angabe von den Patienten, die die Studie verlassen haben.</p>
	3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<p>Die Teilnehmer waren verblindet. Keine weitere Verblindung. Teilnehmer, die am Montag, Mittwoch und Freitag Dialyse hatten, wurden der IG zugeteilt. Die, die am Dienstag, Donnerstag und Sonntag Dialyse bekamen, wurden der KG zugeteilt.</p>
	4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<p>Es gab einen signifikanten Unterschied zwischen der IG und KG bei der Baseline beim Durchschnittsalter der beiden Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KG 62 Jahren - IG 50 Jahren <p>Sonst keine signifikanten Unterschiede.</p> <p>Es wurde eine ANOVA Analyse vor und nach der Intervention und ein Follow-up durchgeführt.</p>

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Die Untersuchungsgruppen wurden abgesehen der Intervention gleich behandelt.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Keine Intention-to-treat. Keine Drop-outs.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Keine Power-Berechnung ersichtlich.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, die Resultate stehen im Einklang mit anderen Studienresultaten.

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<p>Wissen zur Selbstpflege</p> <p>Baseline</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 13.07 ± 3.12 - KG: 13.83 ± 3.75 <p>Nach 4 Wochen</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 21.60 ± 2.19 - KG 15.13 ± 3.95 <p>Nach 8 Wochen</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 21.70 ± 2.18 - KG 17.00 ± 3.83 <p>Selbstpflege</p> <p>Baseline</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 65.20 ± 8.49 - KG 67.60 ± 9.16 <p>Nach 4 Wochen</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 67.00 ± 1.34 - KG 59.60 ± 1.64 <p>Nach 8 Wochen</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 66.80 ± 1.34 - KG 61.00 ± 1.54 <p>(Gefühl) Machtlosigkeit</p> <p>Baseline</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 30.50 ± 6.56 - KG 32.33 ± 7.27 <p>Nach 4 Wochen</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 38.83 ± 5.97 - KG 33.10 ± 7.41 <p>Nach 8 Wochen</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 40.33 ± 6.04 - KG 33.73 ± 7.40
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Die Ergebnisse zeigten einen linearen Trend für die IG, was darauf hindeutet, dass das Selbstverhaltensverhalten von Anfang an bis zur 8. Woche weiter anstieg.

	<p>Die Studienleiter wiederholten Messungen anhand des ANOVA, um die Diskrepanz zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf das Selbstpflegeverhalten zu bestätigen. Es gab einen signifikanten Unterschied bei den Verhaltensweisen für das Selbstversorgungsverhalten zwischen beiden Gruppen ($p = 0,011$).</p> <p>Das Alter wurde als Kovarianz verwendet. Die Ergebnisse des Tests zeigten, dass eine solche Kovarianz die Testergebnisse nicht beeinflusste ($p = 0,05$).</p> <p>Um die Auswirkungen des CD-Gebrauches auf das Selbstpflegeverhalten zu verstehen, verglichen und analysierten die Studienleiter die Auswirkungen, bevor und nachdem die Interventionsgruppe das Werkzeug erhalten hatte. Sie stellten fest, dass sich das Selbstpflegeverhalten ein Monat nach Erhalt nicht verschlechtert hatte. Dies deutete daraufhin, dass der Eingriff sowohl unmittelbare als auch signifikante dauerhafte Vorteile hatte ($p < 0.0001$).</p>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Ein Konfidenzintervall wurde für jeden Wert angegeben.

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, es handelt sich um erwachsene HD-Patienten, die seit maximal einem Jahr in Dialyse Behandlung sind.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	In dieser Studie geht es um ein Multimedia Programm, welches das Selbstmanagement fördert. Keine Risiken oder Nebenwirkungen bekannt. Das Programm ist über einen längeren Zeitraum wirksam.
15. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Ethische Genehmigung einer Ethikkommission wurde vor der Datensammlung erhalten. Alle Teilnehmer wurden informiert und waren frei in der Entscheidung.

Kritische Beurteilung Wileman et al. (2016)**Quelle:**

Wileman, V., Chilcot, J., Armitage, C. J., Farrington, K., Wellsted, D. M., Norton, S., . . . Almond, M. (2016). Evidence of improved fluid management in patients receiving haemodialysis following a self-affirmation theory-based intervention: A randomised controlled trial. *Psychol Health*, 31(1), 100-114. doi:10.1080/08870446.2015.1073729

Ziel:

Das Ziel dieser Studie war zu untersuchen, ob eine Intervention, welche sich auf die Selbstbestätigungstheorie basiert, die Wahrnehmung von Dialysepatienten über die Wichtigkeit der Flüssigkeitsrestriktion und ihre Rolle der Bewältigung verändert.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Patienten aus sechs britischen Dialyseabteilungen in drei National Health Service (Grossbritannien) wurden von einem Nephrologen anhand Einschlusskriterien identifiziert und zur Teilnahme eingeladen. Diese wurden randomisiert der IG und der KG zugeteilt. Randomisierung anhand Dialysesession (Morgen oder Nachmittag, über den Tag ausgeglichen).
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	89 Patienten, in der IG (n=49) und der KG (n=40). 60 P beendeten die Studie, IG (=36), KG (=24). Drop-out: 29 Personen. Gründe sind in einem Flowdiagramm angegeben. 33% Drop-out. Follow up: 67%
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Das klinische Team, das die gesamte Patientenversorgung zur Verfügung stellte, war verblindet. Der Forscher, der die Patienten für die Studie einschrieb und Daten sammelte, war nicht verblindet. Keine Angaben zu den Patienten.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des demographischen und klinischen Faktors, einschließlich des Baseline-IDWG und des Komorbiditätsstatus, was die erfolgreiche Randomisierung bestätigt.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Ja. Beide Gruppen erhielten den gleichen Fragebogen. Die IG erhielt zudem zusätzliches Material, welches zur Intervention gehörte.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Ja. Keine Angaben zu Wechsler. Intention-to-treat Analyse.

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Es wurde eine Zielstichprobe von 90 gewählt, um eine Abschätzung der Abweichungen auf eine der Standardabweichung äquivalente Genauigkeit zu ermöglichen, sodass eine Schätzung der Effektgröße bestimmt werden kann. Keine Power Berechnung ersichtlich.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Die Selbstbestätigungsintervention, die in der aktuellen Studie verwendet wurde, wurde im Rahmen von Studien zur Bewertung der Verhaltensveränderung in der öffentlichen Gesundheit entwickelt und ist in diesem klinischen Umfeld mit nur einer Vorstudie relativ neu (Wileman et al., 2014).

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<p>Mittlere interdialytische Gewichtszunahme</p> <p>Baseline:</p> <ul style="list-style-type: none"> - All: 2.4 ± 0.57 - KG: 2.3 ± 0.55 - IG: 2.5 ± 0.57 <p>Sechs Monate Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> - All: 2.2 ± 0.90 - KG: 2.3 ± 0.77 - IG: 2.1 ± 0.99 <p>Mean reduction (6 M):</p> <ul style="list-style-type: none"> - All: 0.19 ± 0.81 - KG: -0.01 ± 0.67 - IG: -0.34 ± 0.89 <p>12 Monate Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> - All: 2.4 ± 0.73 - KG: 2.4 ± 0.65 - IG: 2.4 ± 0.78 <p>Mean reduction (12 M):</p> <ul style="list-style-type: none"> - All: 0.02 ± 0.74 - KG: 0.17 ± 0.62 - IG: -0.07 ± 0.8
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist signifikant nach der Intervention ($p < 0.04$).</p> <p>Nach sechs Monaten gab es keinen signifikanten Unterschied mehr zwischen den beiden Gruppen ($p = 0.27$).</p>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<p>Mittlere interdialytische Gewichtszunahme</p> <p>Baseline:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CI 0.04 (-0.04; 0.28) <p>Sechs Monate Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CI -0.28 (-0.55; -0.01) <p>Mean reduction (6 M):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CI -32 (-0.64; 0.01) <p>12 Monate Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CI -0.17 (-0.46; 0.13) <p>Mean reduction (12 M):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CI -0.20 (-0.55; 0.15) <p>Konfidenzintervall von 95% angegeben.</p>

Anwendbarkeit

	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, sie sind übertragbar.
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Nein, die Signifikanz der einzelnen Werten sind nicht angegeben.
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die Intervention hat keinen positiven Effekt gebracht. Der Nutzen sind also die Kosten nicht wert. Keine Kostenanalyse ersichtlich.
	15. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Den Patienten wurde ein Patienteninformationsblatt zur Verfügung gestellt, das von einer Ethikkommission des National Health Service genehmigt worden war. Die 89 Patienten gaben ein „informed consent“ ab.

11.4 Anhang D: Tabelle der verwendeten Instrumente

Instrument	Verwendung	Studie
CHeKS	Messung des Wissens. Dieser Fragebogen wurde von Cavanaugh et al. (2009) entwickelt. Er enthält 23 Fragen über das Wissen über die Gesundheit. Jede Frage hat vier Antwortmöglichkeiten, aber nur eine ist korrekt.	Lingerfelt & Thornton (2011)
Evaluation Gesundheitsrisiko	Fragebogen mit 11 items. Vier dieser items, welche aus Witte (2011) angepasst wurden, wurden für die wahrgenommene Bedrohung, Angst und Sorge verwendet. Die wahrgenommene Qualität der Nachricht wurde mittels fünf items (auch aus Witte 2011 angepasst) gemessen. Mit zwei weiteren items, angepasst aus DC Jessop et al. (2009) wurde die Beeinträchtigung der Information gemessen.	Wileman et al. (2016)
Laboruntersuchungen	Kalium und Phosphat Messungen im Blutserum	Cho (2013)
Gewichtsmessungen	Die IGZ ist ein wichtiger Indikator des Flüssigkeitsmanagement der Patienten. Das Gewicht der Patienten wurde mit einer Waage gemessen.	Aliasgharpour et al. (2012), Cho (2013), Wileman et al. (2016)
PAT	Beurteilung des Grades der Machtlosigkeit. Dieser Fragebogen wurde von Kubsch und Wichowski (1997) erarbeitet.	Wang & Chiou (2011)
Reed & Aspinwalls: Manipulation der Selbstbestätigung	Dieser Fragebogen enthält 10 Fragen, welche zu Reflexion der vergangenen Nettigkeiten der Patienten führen sollte (Selbstbestätigung) (Reed & Aspinwall 1998).	Wileman et al. (2016)
Rosenberg Skala	Erfassung des Selbstwertgefühls. Dieser Fragebogen enthält 10 items. Ein Total von 0-30 ² war möglich. Das Instrument von Rosenberg wurde in vielen Studien verwendet. In Iran wurde die Reliabilität und die Validität von Rajabi & Bohlol (2007) untersucht und eine adäquate Validität und Cronbachs Alpha von 0.84 ergeben.	Poorgholami et al. (2015)
Selbstpflege Fragebogen	Messung des Grades der Ausführung des Ernährungsmanagement, Bewegung und der täglichen Selbstpflege. Dieser Fragebogen enthält 22 Fragen. Insgesamt waren 0-80 ² Punkte möglich. Dieser Fragebogen wurde von den Studienleiter in Wang & Chiou (2011) auf Basis von relevanter Literatur erarbeitet.	Wang & Chiou (2011)
Self-care inventory Fragebogen	Messung der Selbstpflege nach Song (2000). Für die Studie von Cho (2013) wurde der Fragebogen nach Einverständnis des Erstautors angepasst. 11 Fragen wurden insgesamt hinzugefügt. Dies ergab ein Total von 35 Fragen. Nach den Anpassungen hat der Fragebogen einen Cronbachs Alpha von 0.88 erzielt.	Cho (2013)
Self-care practice scale	Messung der Selbstpflege. Dieser Fragebogen wurde von Lee (2003) basierend auf den Selbstpflege inventory von Song (2000) erarbeitet. Er enthält 31 item, unterteilt in Fistelmanagement, Blutdruck, Gewichts-, Ernährungs-, Medikationsmanagement, Bewegung und Ruhe, soziales Leben und Körpermanagement. Die Gesamtpunktzahl variiert zwischen 24 und 120 ² . Cronbachs Alpha betrug 0.85 in der Studie von Kim (2018).	Kim (2018)

Selbstmanagement Fragebogen	Dieser Fragebogen enthält 20 items über Aspekte wie Ernährungsmanagement, psychologische und soziales Verhalten, Medikamentenmanagement, Monitoring, Bewegung, Fistelmanagement, Körperkontrolle. Cronbachs Alpha betrug 0.89, nach dem Retest 0.83. Dieser Fragebogen wird in der Studie von Liu et al. (2016) auf Lorig (2003) und Lorig, Stewart und Ritter (1996) verwiesen.	Liu et al. (2016)
Selbstwirksamkeit Skala	Dieses Instrument basiert auf die Anpassungen von Choi (2005) des ursprünglichen Fragebogens von Kim (1995) und Sherer et al (1982). Dieser Fragebogen enthält 10 items. Die mögliche Gesamtpunktzahl variiert zwischen 10 und 40 ² . Für die Studie von Kim (2018) wurde über einen Cronbachs Alpha von 0.70 berichtet.	Kim (2018)
Self-report	Die Patienten bewerteten ihre Absicht und Selbstwirksamkeit, um das Flüssigkeitsmanagement durchzuführen. Dafür haben sie drei items beantwortet. Die items wurden aus Armitage et al. (2008) angepasst. Zudem beantworteten die Patienten eine Frage mit nur einem item. Weiter füllten die Patienten den Dialysis Thirst Inventory von Bots et al. (2004) aus, um den wahrgenommenen Durst zu messen.	Wileman et al. (2016)
SUPPH (strategies used by people to promote health questionnaire)	Messung der Selbstwirksamkeit, insgesamt beinhaltet dieser Fragebogen 29 items mit 1-5 Likertskalen. Diese items sind in vier Gruppen unterteilt: Adaptation (10 items), Stressmanagement (7 items), Entscheidungsfindungsprozess (6 items) und Lebensgenuss (6 items). Die Gesamtpunktezahl variiert zwischen 29 und 145 ² . Tsay & Hong (2004) und Tsay & Holstead (2001) haben diesen Fragebogen verwendet und über einen Reliabilität-Koeffizienten von 0.93 berichtet.	Aliasgharpour et al. (2012)
Wissensfragebogen	Ermitteln der Lücken im krankheitsbezogenen Wissen. Der Fragebogen enthielt 20 items. Es wird in der Studie von Liu et al. (2016) auf die Quelle Cheng, Niu und Wang (2005) verwiesen.	Liu et al. (2016)
Wissensfragebogen	Messung des krankheitsbezogenen Wissens über die tägliche Selbstpflege, Ernährungsvorschriften und Bewegungsempfehlungen. Dieser Fragebogen enthält 24 Fragen. Die Gesamtpunktzahlen konnten zwischen 0 und 24 ² variieren. Dieser Fragebogen wurde von den Studienleiter in Wang & Chiou (2011) auf Basis von relevanter Literatur erarbeitet.	Wang & Chiou (2011)

² Je höher die Punktzahl, desto höher/besser das jeweilige Ergebnis.