

Gesundheitsfördernde Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität von Pflegeheimbewohner / innen

Eine Literaturübersicht

Bachelorarbeit

Von

**Céline Rossier
Monique Biemann**

Promotion 2017-2020

Erstgutachter: Ewald Schorro

Hochschule für Gesundheit, Freiburg
Studiengang Pflege

09. Juli 2020

Danksagung

Einen grossen Dank möchten die Autorinnen der Arbeit denjenigen zukommen lassen, welche sie während des Schreibens der Bachelorarbeit unterstützt haben.

Dem Erstgutachter Herr Ewald Schorro gilt ein spezieller Dank. Bei Fragen oder Unklarheiten konnten sich die Autorinnen stets an ihn wenden und erhielten klare Antworten. Trotz der speziellen Situation aufgrund der Corona Pandemie war Herr Schorro stets erreichbar und via Microsoft TEAMS für Besprechungen verfügbar, damit ohne Unterbrechungen weitergearbeitet werden konnte. Somit wussten die Autorinnen, dass sie sich auf dem richtigen Weg befinden.

Frau Petra Schäfer-Keller gilt einen weiteren Dank für den Unterricht des wissenschaftlichen Schreibens. Dadurch erkannten die Autorinnen wie die Arbeit aufgebaut werden sollte und welches die wichtigsten Punkte einer Literaturübersicht sind.

All jenen gilt ein Dank, welche die Arbeit gelesen haben und Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge sowie Rechtschreibfehler erkannt haben.

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	1
1 Einleitung	2
1.1 Problemstellung	2
1.2 Fragestellung	5
1.3 Ziel	5
2 Theoretischer Rahmen	6
2.1 Lebensqualität	6
2.2 Gesundheitsförderung	8
3 Methode	12
3.1 Design	12
3.1.1 Suchstrategie	12
3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien	13
3.1.3 Analyse	14
3.1.4 Ethische Aspekte	14
4 Ergebnisse	16
4.1 Ausgewählte Literatur	16
4.2 Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität	18
4.3 Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien	20
4.4 Studienmerkmale	24
4.5 Ergebnisse der Studien	27
5 Diskussion	31
5.1 Interpretation der Ergebnisse	31
5.1.1 Lebensqualität	31
5.1.2 Gesundheitsförderung	34
5.2 Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien	35
5.3 Beantwortung der Fragestellung	38
5.4 Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit	39

5.5	Empfehlungen für die Praxis und weiterführende Forschung	39
6	Schlussfolgerungen.....	42
7	Literaturverzeichnis	43
8	Abbildungsverzeichnis	46
9	Tabellenverzeichnis	47
10	Abkürzungsverzeichnis	Fehler! Textmarke nicht definiert.
11	Anhang.....	48
11.1	Anhang A: Selbständigkeitserklärung	48
11.2	Anhang B: Tabellarische Übersichten.....	49
11.3	Anhang C: Kritische Beurteilungen	55

ABSTRACT

Hintergrund: In der heutigen Gesellschaft spielt das Altern eine grosse Rolle. Die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt an und in Verbindung mit dem Rückgang von Geburtenraten altert die Bevölkerung auf der ganzen Welt sehr rasch. Die Zahl der älteren Menschen steigt an und die der jungen Menschen sinkt. Dadurch werden zahlreiche neue Aufgaben des Gesundheitssystems verlangt und eine Umgestaltung zu einem Modell, welches die Bedürfnisse der älteren Menschen in den Mittelpunkt setzt. Die Alterung der Bevölkerung kann durch die richtigen Massnahmen für jede einzelne Person sowie für die gesamte Gesellschaft als eine grosse Chance wahrgenommen werden. Diejenigen Personen, welche ihren Alltag nicht mehr selbstständig bewältigen können, spielt das Thema eines Einzuges in ein Pflegeheim eine grosse Rolle. Der Umzug in ein Pflegeheim soll nicht mit dem Verlust von Lebensqualität einhergehen. Durch gesundheitsfördernden Interventionen sollen älteren Menschen in einem Pflegeheim ihr Wohlbefinden aufrechterhalten können und somit die Lebensqualität beeinflusst werden.

Methode: Eine systematische Literaturrecherche wurde durchgeführt, um die Fragestellung beantworten zu können. Dafür wurde in den Datenbanken PubMed und CINAHL nach entsprechender Literatur gesucht. Die Suchbegriffe wurden mit Hilfe der Fragestellung ausgewählt. Die Ein- und Ausschlusskriterien und die Limiten wurden definiert. Die Autorinnen schlossen sechs Studien ein. Diese eingeschlossenen Studien wurden anhand des Beurteilungsbogen von Behrens und Langer kritisch beurteilt und in einer Tabelle zusammengefasst. Die sechs eingeschlossenen Studien weisen das Design der randomisiert kontrollierten Studien auf.

Ergebnisse: Studien zeigen auf, dass sich körperliche Aktivitäten, soziale Interaktionen und die Zugehörigkeit zu einer Gruppe positiv auf die Dimensionen und Gesamtheit der Lebensqualität auswirken können. Das Einführen von multikomponenten Interventionen führen zu zusätzlicher Arbeitsbelastung. Dabei besteht die Schwierigkeit zu Erkennen welche Intervention nun zu einem positiven Ergebnis führte.

Schlussfolgerungen: Die Lebensqualität soll als ein multikomponentes Konzept angesehen werden, indem all seine Dimensionen berücksichtigt werden. Die Verbesserung kann anhand von gesundheitsfördernden Interventionen herbeigeführt werden. Dabei sollen Gruppenaktivitäten sowie körperliche Aktivitäten als Massnahmen in den Pflegeheimen erhalten bleiben oder in Betracht gezogen werden diese einzuführen.

Schlüsselbegriffe: Pflegeheimbewohner, Lebensqualität, gesundheitsfördernden Interventionen

1 EINLEITUNG

Ein sehr wichtiges und Anspruchsvolles Thema der heutigen Gesellschaft ist das Altern und dessen Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einem Pflegeheim. Trotz eines Aufenthaltes in einem Pflegeheim, soll die Lebensqualität der älteren Menschen aufrechterhalten bleiben oder sogar verbessert werden. Aus diesem Grund befassten sich die Autorinnen über einen längeren Zeitraum mit diesen Themen.

Durch das Erstellen der vorliegenden Bachelorarbeit, erkannten die Autorinnen, wie wichtig die Arbeit mit Pflegeheimbewohner¹ sein kann. Gleichzeitig ist den Autorinnen bewusst geworden, dass eine Pflegefachperson in einem Pflegeheim sehr viel bewirken kann, damit die Lebensqualität der Bewohner² verbessert werden kann.

Durch die Suche und Analyse von Studien wurde versucht, die effektivsten Methoden zu finden, um die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner zu verbessern. Die gefundenen Resultate werden anhand dieser Literaturübersicht dargestellt.

Den Autorinnen liegt am Herzen, dass durch die folgende Arbeit zusätzlich auch die Wichtigkeit des Pflegeberufes hervorgehoben werden kann.

1.1 Problemstellung

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts bis heute hat sich die Weltbevölkerung grundlegend verändert. In den meisten Ländern der Welt ist zu beobachten, dass die Bevölkerung vermehrt altert. Die Zahl der älteren Menschen in der Gesellschaft steigt und die Anzahl der jungen Menschen sinkt (Weber et al., 2016). Die Bevölkerung altert auf der ganzen Welt und dies immer schneller. Die meisten Menschen können damit rechnen 60 Jahre oder älter zu werden. Zum ersten Mal in der Geschichte ist dieses Phänomen zu beobachten. Eine solche Entwicklung hat Auswirkungen auf die Gesundheit, Gesundheitssysteme und den beschäftigten Arbeitskräften des Gesundheitswesens.

Die Anzahl der älteren Personen steigt auch in der Schweiz. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in der Schweiz die Geburtenrate tief ist und die Lebenserwartung steigend. Zusätzlich wird die Generation des Babybooms, welche in den Ruhestand treten, dieses Ereignis verstärken (Bundesamt für Statistik, 2020). Die Lebenserwartung hat sich in der

¹ Das Wort Pflegeheimbewohner/n schliesst die weibliche Form mit ein

² Das Wort Bewohner/n schliesst die weibliche Form mit ein

Schweiz bei den Männern seit 1881 und bei den Frauen seit 1878 verdoppelt (Bundesamt für Statistik, 2019). Inzwischen liegt die Lebenserwartung bei den Frauen bei 85 Jahren und die der Männer bei 81 Jahren. Somit erreichen die Menschen ein höheres Alter als je zuvor. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung kann man annehmen, dass die Bevölkerung weiter altern wird. In 25 Jahren wird erwartet, dass mehr als eine Million Menschen in der Schweiz leben, die über 80 Jahre alt sind (Bachmann et al., 2015)

Durch die wachsende Bevölkerung steigt auch die Anzahl der Personen, welche einen Pflegeheimplatz benötigen oder bereits in einem Pflegeheim sind (Weber et al., 2016). Die Pflegebedürftigkeit, welche durch das fortschreitende Alter zustande kommt, führt primär zu einem Umzug in ein Pflegeheim. Auch soziale oder wirtschaftliche Probleme, Hilflosigkeit, Armut im Alter oder Verwitwung können zu einem Einzug in ein Pflegeheim führen. Weiter können auch psychische Probleme oder Suchtverhalten einen vorzeitigen Pflegeheimeintritt notwendig machen (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011). Die meisten Betroffenen erleben den Umzug in ein Pflegeheim als gravierender Einschnitt, verbunden mit Ängsten, Abhängigkeit, Verlust von Freiheit und Selbstbestimmung. 90 Prozent der 80 bis 84jährigen leben noch zu Hause, jedoch steigt anschliessend die stationäre Versorgung rasch an. Bei einem höheren Alter von 95 Jahren leben rund 45 Prozent in einem Pflegeheim (Rüegger, 2013).

In der Schweiz bleibt seit etwa zehn Jahren die Anzahl der Pflegeheimplätze stabil. Die Anzahl von verfügbaren Plätzen nimmt zu, jedoch weniger stark als die Bevölkerung ab 65 Jahren. Der letzte Stand im Jahre 2018 ergab, dass 99'622 Pflegeheimplätze vorhanden sind, dies bedeutet pro 1000 Einwohner 61.0 verfügbare Plätze. Insgesamt gab es damals in der Schweiz 1'566 Alters- und Pflegeheime. 156'742 Personen leben in einem Pflegeheim und die Dauer des Aufenthaltes beläuft sich bei den Männern auf 1.9 Jahre und bei den Frauen auf 2.7 Jahre (Bundesamt für Statistik, 2018).

Ein wesentlicher Faktor, welche Chancen sich aus der längeren Lebenszeit ergeben, hängen von der Gesundheit ab. Personen, welche die älteren Lebensjahre bei guter Gesundheit verweilen und Dinge tun können, welche ihnen wichtig sind, unterscheiden sich kaum von jüngeren Personen. Jedoch wenn die Lebensjahre durch Nachlassen geistiger und körperlicher Gesundheit repräsentiert werden, können sich daraus negative Rückschlüsse ergeben. Die älteren Menschen weisen meistens Gesundheitsprobleme, welche im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen stehen, auf. Behinderung und Todesfälle sind nach der Erreichung des 60. Lebensjahres auf altersbedingte Verluste wie des Sehvermögens, Gehörs und Mobilität zurückzuführen. Zusätzlich sind Krankhei-

ten wie Schlaganfälle, Herzerkrankungen, Demenz und Krebserkrankungen nicht zu vergessen. An Multimorbidität zu erkranken ist ein weiteres Risiko im Alter. Dies bedeutet, dass die Personen gleichzeitig an mehreren Erkrankungen leiden. Aufgrund dieser Faktoren darf in der heutigen Zeit die Altersdiskriminierung nicht vergessen werden, da sie weit verbreitet ist. Eine häufig verbreitete Sicht ist, dass ältere Menschen abhängig sind oder eine Belastung darstellen. Umfassende Massnahmen durch das öffentliche Gesundheitswesen zur Alterung der Bevölkerung werden gefordert, jedoch gibt es kaum zutreffende Massnahmen (World Health Organization, 2016).

All diese Fakten zeigen auf, dass die älteren Menschen, welche ihren Alltag nicht mehr selbstständig meistern können, ihre zusätzlichen Lebensjahre im Pflegeheim bei möglichst langer, guter Gesundheit und hoher Lebensqualität verweilen sollten (Weber et al., 2016).

Die Pflegeheimbewohner weisen zahlreiche gesundheitsbezogene Bedürfnisse auf, welche ihre Gesundheit beeinflussen. Dazu gehören soziale Kontakte, Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit. Des Weiteren soll die Selbstständigkeit und Mobilität sowie Abwechslung und Beschäftigung gewährleistet sein. Die Bewohner wünschen sich eine individuelle Betreuung, Sicherheit und Zuverlässigkeit sowie Verantwortung oder eine Aufgabe zu haben (Schmitt, 2013).

Damit dies erreicht werden kann, werden entsprechende gesundheitsfördernden Massnahmen benötigt (Weber et al., 2016). Dabei handelt es sich vor allem um Massnahmen zur Vermeidung von Hilfe und Pflegebedürftigkeit. Denjenigen alten Menschen, welche bereits Pflege benötigen, wird zu wenig Beachtung geschenkt. Pflegebedürftige Personen in einer Institution werden selbst in internationalen Projekten und Strategien zur Gesundheitsförderung vielfach nicht berücksichtigt. Schlussfolgernd zeigt sich, dass ein Defizit an gesundheitsfördernden Massnahmen bei der Zielgruppe, ältere Menschen über 65 Jahre im Pflegeheim, vorhanden ist. Durch gesundheitsfördernden Interventionen können verlorene Fähigkeiten wiedererlangt werden und der Verlauf von Krankheiten günstig beeinflusst werden. Dies zeigt, dass Gesundheitsförderung auch im hohen Alter effektiv sein kann. Demzufolge bilden das Setting Pflegeheim und seine Bewohner einen Ort für gesundheitsfördernden Interventionen, dem kaum Aufmerksamkeit geschenkt wird. Darum werden evidenzbasierte Interventionen benötigt, um die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner verbessern zu können (Schmitt, 2013).

In Zukunft ist klar, dass die Gesundheitsförderung älterer Menschen stärker als Zielgruppe beachtet werden muss (Bachmann et al., 2015). Die Bevölkerung braucht gezielte Interventionen und Möglichkeiten, um die Lebensqualität und die Gesundheit von älteren Menschen realisieren zu können (Weber et al., 2016).

1.2 Fragestellung

Durch die oben dargestellte Problemstellung, lässt sich die folgende Forschungsfrage definieren: «Welche gesundheitsfördernden Interventionen können bei Pflegeheimbewohner/ innen die Lebensqualität verbessern?»

Das durch die Autorinnen erstellte PICO- Schema zeigt auf, wie die Forschungsfrage erstellt werden konnte. Anhand der Parameter konnten mehrere Fragestellungen definiert werden und schliesslich wurde die passendste ausgewählt.

PICO- Schema

P= Pflegebewohner / innen

I= Gesundheitsfördernden Interventionen

C= Übliche Pflege und Betreuung

O= Verbesserung der Lebensqualität (körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden)

1.3 Ziel

Durch die Forschungsfrage wird das Ziel verfolgt, gesundheitsfördernde Interventionen definieren zu können. Dabei ist das Ziel, Massnahmen darlegen zu können, welche die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner verbessern. Die Interventionen sollten möglichst in der Praxis umsetzbar sein. Anhand der Problemstellung ist bereits erkennbar, dass spezifische gesundheitsfördernde Massnahmen für Pflegeheimbewohner fehlen. Durch die Beantwortung der Fragestellung sollen mögliche Interventionen dargelegt werden und zusätzlich für die Zukunft benötigte Forschung vorgeschlagen werden, da die Autorinnen durch die Auseinandersetzung mit dem Thema eventuell Lücken erkennen können.

2 THEORETISCHER RAHMEN

Im folgenden Kapitel legen die Autorinnen das Konzept der Lebensqualität sowie das Konzept der Gesundheitsförderung dar.

2.1 Lebensqualität

Die Geschichte des Begriffs Lebensqualität geht weit zurück. In der griechischen Philosophie trat er zum ersten Mal bei Aristoteles auf. Dieser legte dar: «Dass Glück sich aus tugendhaften Wirken der Seele herleitet und zu einem guten Leben führt» (King & Hinds, 2001). Während den sechziger Jahren kam der Begriff durch den Präsidenten der vereinigten Staaten Johnson zum Vorschein. Damals wurde damit ausgedrückt, dass mehr als nur finanzielle Sicherheit zu einem guten Leben gehört, dafür wurde der Begriff «Quality of Life» verwendet. Im Jahre 1947 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff der Lebensqualität und führte diesen damit in die Gesundheitsversorgung ein. Der psychosoziale Aspekt wurde erst 1978 eingeschlossen (King & Hinds, 2001).

Noch heute stützt man sich bei der Definition der Lebensqualität meistens auf diejenige der WHO. Denn dieser Begriff hat keine allgemeine Definition. Durch Forscher³ existieren viele verschiedene Ansätze und Definitionen (Helfenstein, n.d.).

«Die WHO definiert Lebensqualität als die Wahrnehmung der eigenen Position im Leben eines Individuums im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in denen es lebt, und in Bezug auf seine Ziele, Erwartungen, Normen und Anliegen. Es handelt sich um ein breit gefächertes Konzept, das auf komplexe Weise von der physischen Gesundheit, dem psychischen Zustand, den persönlichen Überzeugungen, den sozialen Beziehungen und der Beziehung zu den wichtigsten Merkmalen der Umwelt beeinflusst wird» (World Health Organization, 2020).

Die Pflegefachpersonen haben schon seit langer Zeit den persönlichen Perspektiven von Patienten⁴ zugehört. Damit wollten sie essentielle Informationen über die Lebensqualität ihrer Patienten sich vermitteln lassen und sammeln. Die Pflege sollte anhand dessen individualisiert und die persönlichen Perspektiven genutzt werden. In den Zeiten von gefährdeter Gesundheit bemerkten die Pflegefachpersonen, dass zwischen den Patienten Gemeinsamkeiten bezüglich ihrer Lebensqualität vorhanden sind. Damit die

³ Das Wort Forscher schliesst die weibliche Form mit ein

⁴ Das Wort Patient/Patienten schliesst die weibliche Form mit ein

bestmögliche Lebensqualität gewährleistet werden konnte, wurden diese Gemeinsamkeiten verwendet, um ihre Patienten optimal zu unterstützen. Anschliessend hat man in der heutigen Gesundheitsversorgung die Lebensqualität als Outcome-Messgrösse bestimmt und verwendet. Die Forschung hat unterschiedliche Instrumente entwickelt, um die Lebensqualität zu erfassen. Einige werden anhand von Gesundheitsfachpersonen erfasst und andere durch den Patienten selbstständig ausgefüllt. Daher stehen die Pflegefachpersonen vor einem Dilemma, wessen Lebensqualität nun erfasst wird, entweder diese der Angehörigen oder die der Patienten oder der Pflegefachperson.

1994 wurde die International Society for Quality of Life gegründet, um Informationen und die Evaluation von Lebensqualität auszutauschen. Dadurch spiegelt sich anhand von internationalen beruflichen Zusammenschlüssen das Interesse an der Lebensqualität wieder.

Damit die Lebensqualität optimal durch die Instrumente erfasst werden kann, muss diese als Mehrdimensionalität angesehen werden. Die Studien, welche in dieser Arbeit eingeschlossen wurden, zeigen deutlich auf, dass die verwendeten Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität anhand der verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität erfolgte. Vier bis fünf Dimensionen der Lebensqualität werden von den meisten Forscher legitimiert. Diese Dimensionen lauten:

1. Die soziale Dimension
2. Die seelische Dimension
3. Die körperliche Dimension
4. Die spirituelle Dimension

Der fünften Dimension somatische bzw. krankheits- und behandlungsbezogene Symptome wurde in dieser Arbeit keine Beachtung geschenkt.

Das soziale Wohlbefinden beruht sich darauf, wie die Patienten Beziehungen zur Familie, Arbeitskollegen, Freunden und zur allgemeinen Bevölkerung ausüben. Problematisch für die Pflegefachpersonen kann das Einschätzen des psychischen Zustandes des Patienten sein. Die Angst, die Furcht und die Depression sind die meisten Symptome des psychischen Zustandes, welche erfasst werden. Die körperliche Dimension wird anhand von Fragen zum alltäglichen Leben, Aktivitäten, Fähigkeiten, Selbstversorgung und Kraft oder Energie erfasst. Das spirituelle Wohlbefinden beruht auf der Annahme, dass das eigene Leben eine Absicht und Sinn hat (King & Hinds, 2001). In der oben erwähnten Definition der WHO zur Lebensqualität ist diese Mehrdimensionalität ebenfalls ersichtlich.

Bei der Anwendung der Messinstrumente, um die Lebensqualität zu bestimmen, spielt es eine Rolle, welche Person die Erhebung erfasst. Einige Pflegefachpersonen legen eher Wert auf die körperliche Dimension und einige auf eine andere der vier Dimensionen (King & Hinds, 2001). Zusätzlich kann zwischen objektiver und subjektiver Lebensqualität unterschieden werden. Aspekte, welche von aussen auf die Person einwirken, werden als objektive Faktoren angesehen. Diese können politisch Gegebenheiten sein oder die geografische Lage. Individuelle Voraussetzungen und Einflüsse auf die einzelne Person wie Geschlecht, Hautfarbe, Religion oder Biografie, werden als subjektive Faktoren angesehen. Während des Erfassens der Lebensqualität muss jedem bewusst sein, dass diese individuell ist und von Person zu Person anders definiert wird. Im Zentrum sollte stets das Bestmögliche für den Patienten stehen (Curaviva, 2017).

Lebensqualität oder die Messung der Lebensqualität kann von Population zu Population enorme Veränderungen aufweisen (King & Hinds, 2001). Demografische Merkmale wie das Geschlecht und Alter erfordern besondere Berücksichtigung. Zusätzliche muss der kulturellen und ethnischen Zugehörigkeit Beachtung geschenkt werden.

Beim Vergleich der Erhebung der Lebensqualität der Population älterer Menschen, die zu Hause leben mit denjenigen, welche in einem Pflegeheim wohnhaft sind, zeigen die Werte der Pflegeheimbewohner deutlich tiefere Werte an, als diejenigen welche noch zu Hause leben. 60% der Bewohner werten ihre Lebensqualität als gut bis sehr gut ein, hingegen die Personen die zu Hause leben, stuften 94.6% der Männer als gut oder sehr gut ein und 89.8% der Frauen als gut bis sehr gut (Bachmann et al., 2015). Dies verdeutlicht die Wichtigkeit der Lebensqualität der älteren Menschen, welche in einem Pflegeheim leben. Denn trotz eines Heimeintrittes soll diese möglichst stabil bleiben und verbessert werden können. Die Pflegeheimbewohner sollen ihre letzten Lebensjahre bei guter Lebensqualität verbringen (Weber et al., 2016). Zwar wird diese als individuell beschrieben und von jedem als anders empfunden, jedoch muss auch beachtet werden, dass die Lebensqualität jeweils mit dem Lebensalter in Verbindung steht sowie von dessen Umständen geprägt ist (Oppikofer & Mayorova, 2016).

2.2 Gesundheitsförderung

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention tauchen in der Literatur und im Alltag sehr oft gemeinsam auf. Teilweise werden diese beiden Wörter synonym verwendet. Jedoch bestehen die beiden Begriffe aus fundamental unterschiedlichen Konstrukten mit jeweils individuellen Perspektiven und Implikationen, bezogen auf die Gesundheit und Krankheit (Blüher & Kuhlmeier, 2019).

Die Gesundheitsförderung ist erheblich neuer als die Prävention, daher soll dies nicht als eine andere Facette identifiziert werden. Denn durch die Gesundheitsförderung wird ein radikaler Perspektivenwechsel durchgeführt. Nicht mehr die Krankheit steht im Mittelpunkt, sondern die Gesundheit und das Wohlbefinden. Weiter beschreibt sie alle Massnahmen, welche der Bevölkerung helfen, ihre bedeutsamen Lebensbedingungen zur Gesundheit verbessern können. Das Ziel, die Gesundheit der Menschen durch die Stärkung ihrer Ressourcen zu verbessern, soll verfolgt werden. Hingegen will die Prävention durch die Interventionen das Vermeiden, Eintreten und Ausbreiten von Krankheiten verhindern. Durch die Massnahmen sollen nicht erwünschte psychische oder physische Verfassungen von Einzelnen oder Populationen verhindert sowie verzögert werden (Hurrelmann, Richter, Klotz, & Stock, 2018).

Damit die Gesundheitsförderung genauer definiert werden kann, wird der geschichtliche Aspekt der Entstehung dargelegt. Den Start zur Etablierung lieferte die Weltgesundheitsorganisation, diese setzten in den 1980er Jahren neue Schwerpunkte in ihrer Arbeit und konzentrierten sich auf die Gesundheitsförderung. Die Ottawa Charta, welche zum Abschluss der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1986 veröffentlicht wurde, gilt als Ansatzpunkt für ein neues Gesundheitsverständnis. Weltweit gilt die Ottawa Charta als der Beginn von neuen Gesundheitsförderungsstrategien. Die weiteren internationalen Konferenzen dienten dazu, die Kernstrategien der Ottawa-Charta weiter auszubauen. Die letzte Konferenz fand 2016 in Shanghai statt (Hurrelmann, Richter, Klotz, & Stock, 2018).

Die Ottawa-Charta der WHO beschreibt Gesundheitsförderung wie folgt: «Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können» (World Health Organization, 1986). Anhand dieser Definition ist ein Bezug zum Konzept der Lebensqualität ersichtlich. In beiden Ansätzen spielt das Wohlbefinden der Bevölkerung eine ausschlaggebende Rolle. Die Dimensionen des Wohlbefindens treten in beiden Begrifflichkeiten auf. Des Weiteren beschreibt die WHO Grundvoraussetzungen für die Verbesserung der Gesundheitszustände. Diese lauten wie folgt: «Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener

Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit» (World Health Organization, 1986).

Weiter legte die WHO mit dem Gesundheitsförderungsprogramm einen Grundstein bei der gesundheitlichen Chancengleichheit. Die Gesundheitsförderung soll beim Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten einen Beitrag leisten. Um mehr Chancengleichheit zu erhalten sollen politisch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Bei der oben genannten Fragestellung wird vor allem auch die soziale Gerechtigkeit und die Chancengleichheit beachtet (Hurrelmann, Richter, Klotz, & Stock, 2018).

Die Gesundheitsförderung folgt dem Model der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Das Modell bezeichnet den Erhalt der Gesundheit als ein dynamisches Geschehen. Dementsprechend wird die Frage gestellt, was die Menschen gesund hält, trotz ihrer Risiken und Belastungen. Der Mensch befindet sich zwischen dem Pol der Krankheit und dem Pol der Gesundheit. Dabei hält er sich stets auf einem Gesundheits- und Krankheits- Kontinuum auf. Keine Person ist durch vollkommene Gesundheit oder vollkommene Krankheit gegenzeichnet (Blüher & Kuhlmeier, 2019). In welche Richtung der Pole sich ein Mensch bewegt, hängt durch die Anzahl und Qualität der Risiken ab, sowie den sozialen und persönlichen Schutzfaktoren und Ressourcen (Hurrelmann, Richter, Klotz, & Stock, 2018). Gesundheitsfördernde Ressourcen haben dementsprechend die Aufgabe, den Menschen auf dem Gesundheits- Krankheits- Kontinuum so nahe wie möglich beim Zustand der Gesundheit zu halten. Dabei soll ein Ungleichgewicht verhindert werden, damit der Mensch nicht in Richtung Krankheit gelangt (Blüher & Kuhlmeier, 2019).

Die Theorie von Aaron Antonovsky kann bei der Population der älteren Menschen erkennbar sein. Die Gesundheit repräsentiert nicht das komplette Fernbleiben von Einschränkungen und Krankheiten. Dies bedeutet der Zustand der Gesundheit soll als ein Gesundheitszustand, der dem Lebensalter entspricht, angesehen werden. Auf den Erhalt von Wohlbefinden, Selbstständigkeit, Lebensqualität und Selbstbestimmung wirkt dies ein. Die älteren Menschen weisen dabei das Risiko auf, dass sie auf dem Gesundheits- und Krankheitskontinuum in ein Ungleichgewicht geraten. Dies durch zunehmende Krankheiten wie chronische Erkrankungen, Einbussen von Funktionsfähigkeiten und der Verlust von Ressourcen auf der einen Seite, sowie zusätzliche Risiken auf der anderen Seite. Hierbei sind zahlreiche Punkte sichtbar, welche bei der Population der Menschen im hohen Lebensalter durch die Gesundheitsförderung angegangen werden können. Bei Personen, welche bereits Hilfe benötigen und eingeschränkt sind in ihren Funktionsfähigkeiten, wie Bewohner eines Pflegeheimes, muss diesem Ansatzpunkt besonders beachtet werden. Bei ihnen gilt, dass das Wohlbefinden sowie die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung, die Lebensqualität gefördert und verstärkt wird. Dies soll

dadurch erreicht werden, dass bei gesundheitsfördernden Interventionen soziale, physische und psychische Ressourcen identifiziert und der Verlust von weiteren Ressourcen verhindert werden (Blüher & Kuhlmei, 2019).

In einem Pflegeheim soll durch die Mitarbeitenden der Verlauf des Lebens als eine kontinuierliche Veränderungsreihe der biologischen, natürlichen und psychologischen Prozesse angesehen werden, damit eine optimale Gesundheitsförderung durchgeführt werden kann. Daraus können drei Folgerungen abgeleitet werden: Zum einen nimmt die körperliche Leistungsfähigkeit und die Anpassungsfähigkeit nicht abrupt durch das Alter ab, sondern diese Fähigkeiten gehen mit der Zeit langsam zurück. Zum anderen bleiben die Anpassungsfähigkeit und die körperliche Leistungsfähigkeit im höheren Alter länger bestehen, wenn in den früheren Lebensabschnitten ein gesunder Lebensstil und körperliche Bewegung ausgeführt wurden. Das zunehmende Alter kann eine Erweiterung von Wissen, Erfahrungen und Handlungsfähigkeiten herbeiführen (Hurrelmann, Richter, Klotz, & Stock, 2018).

Durch die hohe Arbeitsbelastung des Pflegepersonals in einem Pflegeheim ist die kontinuierliche Anwendung der Gesundheitsförderung zum Teil schwierig. Die Frage stellt sich vielfach, in welcher Form die Gesundheitsförderung ideal eingegliedert werden kann. Grundsätzlich kommen dafür die psychischen, physischen und sozialen Ansatzpunkte im alltäglichen Leben der Pflegeheimbewohner in Betracht. Als klassischer Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung im Pflegeheim gilt die körperliche Aktivität. Zusätzlich kann auch bei einer komplementärmedizinische Gesundheitsförderung angeknüpft werden. Dabei gilt es eine Tagesstruktur zu bieten. Beschäftigung im kreativen oder spielerischen Gebiet, Meditation sowie die Förderung der sozialen Kontakte kann angeboten werden. Durch die Eigenverantwortung der Pflegeheimbewohner kann die Gesundheit gefördert werden. Zusätzlich kann das Pflegeheim ein gesundheitsförderliches Umfeld bieten (Blüher & Kuhlmei, 2019).

3 METHODE

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben, welches zur Erarbeitung der Bachelorarbeit angewendet wurde. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und entsprechende Suchstrategien benutzt, damit passende Literatur gefunden werden konnte. Im folgenden Kapitel wird das Design, die Suchstrategien, Ein- und Ausschlusskriterien, Analyse und ethische Aspekte beschrieben.

3.1 Design

Die Autorinnen führten zur Beantwortung der Fragestellung eine Literaturübersicht durch. Dies ist die geeignete Methode, weil gesundheitsfördernden Interventionen und deren Einfluss auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner dargelegt werden sollten. Dafür mussten entsprechende Studien gesucht werden, um evidenzbasierte Interventionen in der Literaturrecherche schildern zu können. Daraus sollen neue Erkenntnisse gezogen werden können und Forschungslücken zum Vorschein kommen. Das Erstellen der Literaturrecherche entspricht den Anforderungen des Bachelor Niveaus (Fachhochschule Westschweiz, n.d.).

3.1.1 Suchstrategie

Die Datenbanken PubMed und CINAHL wurden in der systematischen Literaturrecherche einbezogen, um entsprechende Literatur zu finden. Zur Anwendung der Datenbanken und Beantwortung der Fragestellung wurden Suchbegriffe, Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limiten definiert. Die Suchbegriffe wurden bei PubMed als Schlagwörter oder MESH- Terms verwendet und bei CINAHL als CINAHL Headings und Textworte. Folgende Suchbegriffe wurden für die Datenbankrecherche verwendet

Tabelle 1: Suchbegriffe

Pflegeheimbewohner	nursing home residents nursing home
Gesundheitsförderung	Health promotion Exercise Mental health Social well-being
Lebensqualität	Quality of life

Interventionen	Evidence based nursing Nursing care
----------------	--

Damit eine möglichst breite Suche gemacht werden konnte, wurden die Suchbegriffe der Themenblöcke mit AND verbunden. Die Suchbegriffe "nursing home" und "quality of life" wurden in jeder Suche verwendet. Hingegen bei den Suchbegriffen zur Gesundheitsförderung wurde jeweils nur ein Begriff verwendet. Wenige Suchbegriffe wurden verwendet, dadurch konnte eine breite Suche stattfinden und viele Resultate gefunden werden. Dies lohnte sich, da die Suche anhand vielen Schlagwörtern und Limiten nur wenige Ergebnisse herbeiführten. Anhand derer konnten sechs Studien eingeschlossen, zusammengefasst und kritisch beurteilt werden.

Tabelle 2: Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe (Schlagworte, MESH-Terms oder CINAHL Headings und Textworte) & Operatoren (and, or, not)	Limiten
PubMed	Nursing home [Mesh] AND quality of life [Mesh] AND Exercise [Mesh]	Randomized Controlled Trial, Publication dates 10 years, English, German
PubMed	Quality of life [Mesh] AND nursing home [Mesh] AND health promotion [Mesh]	Randomized Controlled Trial, Publication dates 10 years, English, German,
CINAHL	Nursing home residents AND quality of life	English, German, Published Date 2000- 2020, Randomized Controlled Trial
CINAHL	Nursing home residents AND quality of life	English, Published Date 2000- 2020

3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Damit passende Studien zur Fragestellung gefunden werden konnten, wurde für die Auswahl Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Die Einschlusskriterien sind ältere Menschen ab 65 Jahre und das Setting Pflegeheim. Als Ausschlusskriterium galt das Setting des häuslichen Kontextes. Bei der Suche auf den entsprechenden Datenbanken wurden folgende Limiten zur Eingrenzung der Resultate gesetzt:

- die Sprachen Deutsch und Englisch
- das Publikationsalter soll nicht älter als 10 Jahre sein

- Interventionsstudien

Es wurden keine passenden Studien auf Deutsch gefunden, daher konnten nur Studien in Englischer Sprache eingeschlossen werden. Zusätzlich wurde eine Studie eingeschlossen, welches das Publikationsalter älter als 10 Jahre ist, weil die Intervention passend zu unserer Fragestellung war und wichtige Anhaltspunkte für die Praxis beinhaltet.

3.1.3 Analyse

Nachdem die passenden Studien gefunden wurden, wurden als erster Schritt die Studien durch die Autorinnen gelesen und tabellarisch zusammengefasst. Wichtig war bei der Zusammenfassung, dass das Design, Ziel, Population und Stichprobe, Instrumente und Interventionen, wichtige Ergebnisse, Stärken und Schwächen der Studien zusammengetragen werden konnten. Die tabellarischen Zusammenfassungen aller sechs Studien wurden jeweils einzel von den Autorinnen erstellt. Am Ende wurden die Zusammenfassungen von beiden Autorinnen verglichen und zusammengeführt, siehe Anhang A.

Nach dem Erstellen der Zusammenfassungen wurde die kritische Beurteilung anhand des Beurteilungsbogens für Interventionsstudien von Behrens und Langer (2010) durchgeführt. Dieser setzt sich aus acht Fragen zusammen zur Beurteilung der Glaubwürdigkeit, drei Fragen zur Beurteilung der Aussagekraft und drei Fragen zur Anwendbarkeit der Studie. Die Anwendung des Analyseinstruments von Behrens und Langer stellt sicher, dass die Qualität der eingeschlossenen Studien anhand der gleichen Kriterien beurteilt werden (Behrens & Langer, 2010). Die kritischen Beurteilungen werden im Anhang B aufgeführt.

3.1.4 Ethische Aspekte

In der Forschung müssen die Rechte der Probanden⁵, welche an Forschungsprojekten teilnehmen, gewährleistet sein. Aufgrund dessen wurden drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes durch Mayer (2015) definiert. Diese leiten sich von den vier Prinzipien des ethischen Standards ab, Autonomie, Gutes Tun, Nicht Schaden und Gerechtigkeit.

Die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes lauten:

1. Umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmenden (= freiwillige Teilnahme)
2. Anonymität

⁵ Das Wort Proband/en schliesst die weibliche Form mit ein

3. Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden

Jeder Forschungsantrag und jede Forschungsarbeit kann anhand dieser drei Prinzipien geprüft und diskutiert werden.

Das erste Prinzip beinhaltet, dass alle Teilnehmer⁶ über die Studie aufgeklärt und informiert werden in einer Sprache, die sie verstehen und ohne sie unter Druck zu setzen. Dies sollte mündlich und schriftlich geschehen. Die Teilnehmer werden über den Zweck und das Ziel der Studie informiert sowie über mögliche Risiken, ihre Rolle an der Studie und das Vorgehen der Forscher. Können Teilnehmer ihre Zustimmung nicht geben, kann ein gesetzlicher Vertreter dies übernehmen. Für die Durchführung einer Forschungsarbeit ist die informierte Zustimmung der Teilnehmenden erforderlich.

Beim zweiten Prinzip handelt es sich darum, dass den Teilnehmenden die Anonymität gewährleistet werden muss. Dies bedeutet, dass die Identität der Teilnehmenden unerkannt bleibt. Bei der Darstellung der Daten in den Studien dürfen keine Rückschlüsse auf die Probanden gezogen werden können.

Das dritte Prinzip bedeutet, dass die Teilnehmer an den Studien vor möglichen Schäden, Nebenwirkungen und Unannehmlichkeiten geschützt werden. Wenn eine Untersuchung Schäden verursacht, muss diese abgebrochen werden, wie auch eine Massnahme, die zu einer erkennbaren grossen Verbesserung führt, da die Massnahme sonst den anderen vorenthalten wird (Mayer, 2015).

Alle sechs Studien, die in der Literaturrecherche einbezogen wurden, wurden durch eine Ethikkommission genehmigt. Alle Teilnehmer, die an den Studien teilnahmen, wurden umfassend über die Studie informiert und erhielten Informationsbroschüren, sowie ein Protokoll der Studie. Die Zustimmungen zu der Teilnahme an den Studien erfolgten schriftlich sowie mündlich bei Kuru & Kublay (2017), Park et al. (2017), Lok et al. (2017), Husebø et al. (2019), Olsen et al. (2016). Lediglich in der Studie von Nijs et al. (2006) wurde nicht beschrieben, wie die Zustimmung erfolgte.

⁶ Dar Wort Teilnehmer schliesst auch die weibliche Form mit ein

4 ERGEBNISSE

Die in der Literaturrecherche eingeschlossenen Studien wurden zusammengefasst und kritisch beurteilt. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse daraus dargestellt.

4.1 Ausgewählte Literatur

Das Flowchart in der Abbildung 1, veranschaulicht bei der Auswahl der Literatur vorgegangen wurde. Die Suche auf CINAHL ergab zu Beginn sehr viele Ergebnisse, da die Autorinnen noch keine Limiten gesetzt hatten. Die Studie von Kuru & Kublay (2017) sprang den Autorinnen aber bereits ohne Limiten direkt ins Auge, daher wurde in dieser Studie das Abstract genauer durchgelesen. Danach wurden Limiten gesetzt, da es zu zeitaufwändig gewesen wäre 2534 Ergebnisse durchzulesen. Die Suche auf PubMed ergab weniger Ergebnisse. Nach dem Setzen der Limiten konnten zwei Studien in die Literaturrecherche eingeschlossen werden.

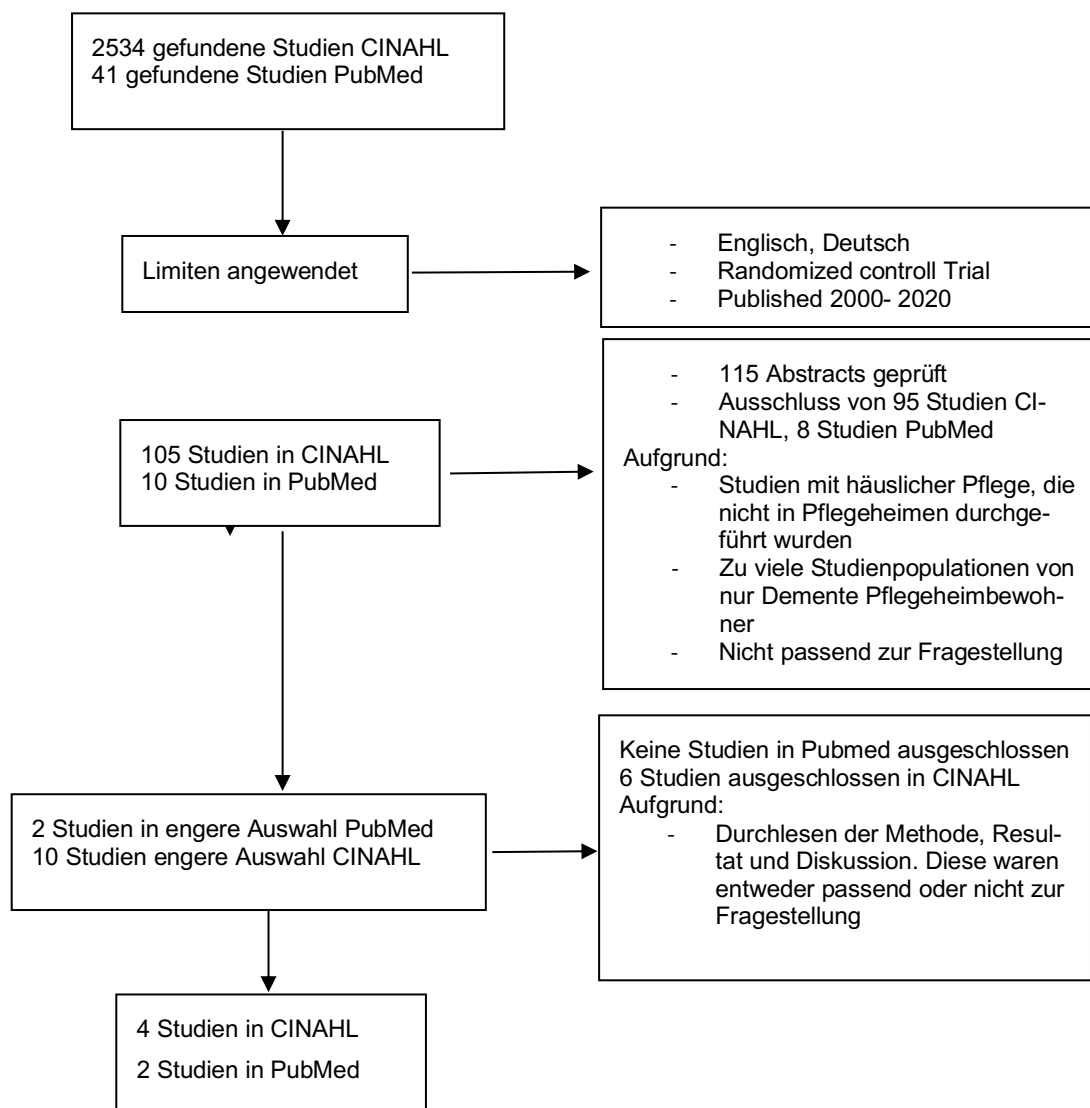


Abbildung 1: Flowchart

Die sechs passenden Studien Kuru & Kublay (2017), Park et al. (2017), Lok et al. (2017), Husebø et al. (2019), Olsen et al. (2016), Nijs et al. (2006) wurden eingeschlossen. Diese weisen alle das Design der randomisiert kontrollierten Studien auf.

Damit ein Überblick zur kritischen Beurteilung der eingeschlossenen Studien gemacht werden konnte, wurde ein Ampelschemas dargestellt. Die Punkte des Ampelschemas entsprechen dem Analyseinstrumentes von Behrens und Langer (Behrens & Langer, 2010). Das grüne Häkchen bedeutet, dass dieser Aspekt in der Studie methodologisch stimmig und präzise ist. Weiter zeigt dies ebenfalls auf, dass die Ergebnisse ausgeprägt sind. Anhand des roten Kreuzes ist erkennbar, dass der Aspekt in der Studie methodologisch nicht stimmig ist oder zu wenig präzise. Informationen fehlen oder sind schlecht übertragbar. Das gelbe Fragezeichen, zeigt auf, dass dieser Teil der Studie von mittlerer Qualität ist, unklar formuliert wird oder nur wenig verwendbare Informationen liefert.

Tabelle 3: Ampelschema

		Nijs et al. (2006)	Olsen et al. (2016)	Husebø et al. (2019)	Park et al. (2017)	Kuru & Kublay (2017)	Lok et al. (2017)
Glaubwürdigkeit	1. Rekrutierung, Randomisierung	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2. Follow up / Drop outs	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	3. Verblindung	✓	✓	✓	?	?	✗
	4. Basis-Merkmale	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	5. Gleichbehandlung	✓	?	?	✓	✓	✓
	6. Zugeteilte Gruppen	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	7. Stichprobengrösse	✓	?	✓	✓	✓	✓
	8. Vergleichbar mit anderen Ergebnissen	?	✓	✓	✓	?	✓
Aussagekraft	9. Behandlungseffekt	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	10. Zufälligkeit der Ergebnisse (p-Wert)	✗	✓	✓	✓	✓	✓
	11. Präzise Ergebnisse (Konfidenzintervall)	✓	✓	✓	✗	✓	✗
Anwendbarkeit	12. Übertragbarkeit	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	13. Alle Aspekte enthalten	?	?	✓	?	?	?
	14. Nutzen / Kosten	?	?	?	?	?	?

4.2 Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität

In den eingeschlossenen Studien wurde anhand verschiedener Instrumente die Lebensqualität erhoben. Die Tabelle vier zeigt auf, wie die Datenerhebungen mit den Instrumenten erfolgte. Die verschiedenen Instrumente werden genannt und in der dritten Spalte erklärt, wie diese angewendet werden.

Tabelle 4: Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität

Studie	Instrument	Erklärung
Nijs et al., (2006)	Dutch quality of life of somatic nursing home residents questionnaire	Der Fragebogen besteht aus fünf Unterskalen: Sinnesfunktion, körperliche Funktion, psychosoziale Funktion, körperliche Leistungsfähigkeit und Körpergewicht. Jede repräsentiert eine Dimension der Lebensqualität. Bei den Unterskalen und dem Total der Fragen kann eine Punktzahl im Bereich von 0-100 gegeben werden, diese wird multipliziert mit 100 und dividiert durch die Anzahl der Antworten. Eine hohe Punktzahl bedeutet eine hohe Lebensqualität.
Olsen et al., 2016	Norwegische Version des Quality of life in Late- stage Dementia Skala (QUALID)	Die Skala besteht aus 11 Themen mit einer möglichen Punktzahl von eins bis fünf für jedes Thema. Die Punktzahlen der 11 Themen wurden summiert und reichen von 11 bis 55. Eine niedrige Punktzahl weisen auf eine hohe Lebensqualität hin.
Husebø et al., 2019	1. Quality of life Dementia scale (QUALIDEM) 2. Quality of life late stage dementia scale (QUALID) 3. European quality of life visual analog scale (EQ- VAS)	1. Die Skala beinhaltet 18 Themen. Diese sind in sechs Unterskalen aufgeteilt. Jede Unterskala weist jeweils eine eigene Gesamtpunktzahl auf. Die Sechs Unterskalen sind: Pflegebeziehung (0-21), positiver Einfluss (0-18), negativer Einfluss (0-9), unruhige Anspannung (0-9), soziale Beziehung (0-18), soziale Isolation (0-9). Eine hohe Punktzahl repräsentiert eine hohe Lebensqualität. 2. Die Skala besteht aus 11 Themen. Jeweils 5 Punkte können pro Thema vergeben werden. Dies ergibt insgesamt ein Bereich von 11-55 Punkten. Eine tiefe Punktzahl zeigt eine hohe Lebensqualität auf. 3. Der Patient oder das Pflegepersonal gibt den Zustand des Patienten anhand von 3 Levels, keine, wenige oder extreme Probleme an. Danach wird der Gesamteindruck der Gesundheit angegeben durch 0- 100 Punkte. Je höher die Punktzahl, desto besser die Lebensqualität
Park et al. (2017)	EuroQoL five dimensions three- level questionnaire (EQ- 5D- 3L)	Die Antworten Skala für die EQ-5D-3L setzt sich aus fünf Themen zusammen. Jedem Thema kann eine Punktzahl von eins (extreme Probleme) bis drei (keine Probleme) gegeben werden. Die Gesamtpunktzahl der EQ-5D-3L reicht von 3 (niedrige Lebensqualität) bis 15 (hohe Lebensqualität).
Kuru & Kublay, 2017 Lok et al. (2017)	SF 36 Health Survey	Die SF 36 Health Survey beinhaltet 36 Fragen mit zwei Domänen, diese sind physische und mentale Komponente. Des Weiteren besteht der Fragebogen aus acht Unterskalen, diese sind: körperliche Gesundheit, körperliche Rolle, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheit, Vitalität, soziale Funktion, emotionale Rolle und mentale Gesundheit. Diese Unterskalen werden von 0-100 Punkte bewertet. Eine hohe Punktzahl repräsentiert eine hohe Lebensqualität

4.3 Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien

In der Tabelle wird eine Übersicht der sechs eingeschlossenen Studien dargestellt. In den sechs Studien wurden jeweils mehrere Outcomes gemessen. Die Autorinnen stellen aber lediglich das Outcome zur Lebensqualität dar, da dieses relevant ist für die Fragestellung. Die Tabelle soll als Ergänzung zum Fliesstext der Ergebnisse beigezogen werden. Damit nicht zu viele signifikante Werte im Fliesstext vorhanden sind, werden einige Werte nur in der Tabelle dargestellt. Daher sollte der Fliesstext zusammen mit der Tabelle gelesen werden, damit alle Werte ersichtlich sind.

Tabelle 5: Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien

Autor / Design / Setting	Intervention / Setting	Ergebnisse zur Ergänzung des Fliesstextes
<p>Nijs et al. (2006)</p> <p>Randomisiert kontrollierte Studie</p> <p>Setting: Fünf Pflegeheime in der Niederlande</p>	<p>Die Intervention dauerte sechs Monaten und bestand aus Tischdekoration, Essservice, Protokolle für die Pflegenden, Bewohnern und für die Mahlzeiten.</p> <p>Kontrollgruppe erhielt den alltäglichen Service mit Menu Auswahl zwei Wochen im Voraus. Der Effekt auf die Lebensqualität (LQ) der Pflegeheimbewohner durch das Erhalten der Mahlzeiten in Familienart wurde nachgewiesen.</p>	<p>Ergebnisse der gesamten LQ:</p> <p>β-Koeffizient (95% KI) der Interventionsgruppe (IG) nach der Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - $\beta=0.4$ (95% KI -1.8 bis 2.5) <p>β-Koeffizient (95% KI) der Kontrollgruppe (KG) nach der Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - $\beta=-5.0$ (95% KI -9.4 bis -0.6) <p>LQ Vergleich der beiden Gruppen betrug:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6.1 (95% KI 2.1 bis 10.3) <p>In der KG bei der Dimension der LQ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychosoziale Funktion lag der Mittelwert bei 55 ± 21.9, $\beta=-6.2$ (95% KI -10.7 bis -1.8) - wahrgenommene Sicherheit Mittelwert 78 ± 26.5, $\beta=-8.7$ (95% KI -17.2 bis -0.2) <p>Ergab nach der Intervention bei den dargestellten Dimensionen eine signifikante Verschlechterung in der KG.</p>
<p>Olsen et al. (2016)</p> <p>Randomisiert kontrollierte Studie</p> <p>Setting: 10 Pflegeheime in Norwegen wurden ausgewählt</p>	<p>Die Intervention bestand aus einer 30- minütiger tiergestützter Aktivität durch einen qualifizierten Hundeführer und dessen Hund. Zweimal wöchentlich über 12 Wochen in Gruppen von drei bis sechs Teilnehmer.</p> <p>Durch die Intervention wurde nachgewiesen, wie sich diese auf die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner auswirkte.</p>	<p>Die Mittelwerte in der IG bei den Pflegeheimbewohner mit starker Demenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - $T_0 26.58 \pm 6.17$ (n=12), $T_1 24.27 \pm 6.72$ (n=11), $T_2 23.18 \pm 4.40$ (n=11) <p>Die Mittelwerte in der KG bei den Pflegeheimbewohner mit starker Demenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - $T_0 25.91 \pm 10.21$ (n=12), $T_1 27.92 \pm 10.9$ (n=12), $T_2 30.91 \pm 12.15$ (n=11) <p>Die Lebensqualität in der IG, bei den Teilnehmer mit starker Demenz hatte sich die gesamte LQ signifikant verbessert im Vergleich zur KG von T_0 zu T_1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - $t=2.33$, $p=0.035$ (95% KI -9.79 bis -0.37) <p>T_1 zu T_2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - $t=3.5$, $p=0.003$, (95% KI -16.03 bis -3.54)

<p>Husebø et al. (2019)</p> <p>Randomisiert kontrollierte Studie</p> <p>Setting: acht Pflegeheime im Westen und Südosten von Norwegen.</p>	<p>Die Intervention bestand aus einer Multikomponenten Intervention namens COSMOS. Die COSMOS Studie wurde entwickelt und validiert um den Effekt von besserer Kommunikation, systematisches Schmerzmanagement, Überprüfung Medikation und die Organisation von Aktivitäten und Sicherheit auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner zu prüfen.</p>	<p>Der Vergleich der LQ zwischen der IG und KG ergab von Beginn bis vier Monate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - QUALID $\beta=1.3$, (95% KI 0.1 bis 2.6), $p=0.04$ - QUALIDEM $\beta=-2.4$, (95% KI -3.8, bis 0.9), $p=0.002$. <p>Dies zeigt eine Reduktion der LQ in der IG auf.</p> <p>Ergebnisse vier Monate bis neun Monate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EQ-VAS $\beta=8.6$, (95% KI 3.0 bis 14.3), $p=0.003$ - QUALIDEM $\beta=2.1$, (95% KI 0.5 bis 3.7), $p=0.012$. <p>Die LQ hat sich erst von Monat vier bis Monat neuen in der IG signifikant verbessert.</p>
<p>Park et al. (2017)</p> <p>Randomisiert kontrollierte Studie</p> <p>Setting: fünf Pflegeheime in Korea</p>	<p>In der Studie wurde untersucht, welchen Effekt das HCSMP-NHR Programm auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner ausübte. Das Programm umfasst eine 40-minütige Gesundheitsausbildung in Gruppen sowie ein individuelles Gesundheitscoaching von 30 Minuten.</p>	<p>LQ Prätest / Woche neun / Woche 20 der IG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mittelwert 10.4 ± 2.27 / Mittelwert 11.02 ± 2.43 / 10.72 ± 2.52 <p>LQ Prätest / Woche neun / Woche 20 der KG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mittelwert 10.04 ± 2.31 / Mittelwert 9.79 ± 2.58 / 9.34 ± 1.96 <p>Die LQ hat sich nach neun Wochen im Vergleich zum Prätest in der IG signifikant verbessert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Differenz des Mittelwertes 0.63, $p=0.04$ <p>LQ hat sich nach 20 Wochen im Vergleich zum Prätest in der KG signifikant verschlechtert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Differenz des Mittelwert -0.7, $p=0.021$
<p>Kuru & Kublay (2017)</p> <p>Quasi experimentelle Studie</p> <p>Setting: zwei Pflegeheime in der Türkei wurden ausgewählt.</p>	<p>Die Intervention bestand aus einer Lachtherapie, die zweimal Mal wöchentlich durchgeführt wurde mit 21 Sitzungen à 30- 45 min. Dabei wurden Lachübungen zusammen mit Yoga Atemtechniken durchgeführt. Der Effekt der Lachtherapie auf die Lebensqualität der Pflegeheimbewohnern wurde untersucht.</p>	<p>LQ Pretest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KG Mittelwert 90.06 ± 21.26 - IG Mittelwert 89.32 ± 20.69 <p>LQ Posttest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KG Mittelwert 93 ± 20.78 - IG Mittelwert 125.18 ± 11.49 <p>Dimensionen zur Erfassung der LQ Pretest / Posttest der IG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Funktion Mittelwert 21.63 ± 5.99 / 26.28 ± 3.97 - Körperliche Rolle Mittelwert 5.16 ± 1.68 / 7.62 ± 1.18

		<ul style="list-style-type: none"> - Schmerzen Mittelwert 6.26 ± 2.75 / 10.18 ± 1.14 - Generelle Gesundheit Mittelwert 14.91 ± 3.56 / 18.18 ± 2.45 - Mentale Gesundheit Mittelwert 19.5 ± 6.04 / 25.40 ± 3.73 - Emotionale Rolle Mittelwert 3.84 ± 1.22 / 5.71 ± 0.728 - Soziale Funktion Mittelwert 6.03 ± 2.20 / 9.12 ± 9.50 - Vitalität Mittelwert 12.00 ± 4.97 / 20.18 ± 3.93 <p>Alle Dimensionen ergaben ein signifikantes $p=0.000$.</p>
<p>Lok et al. (2017)</p> <p>Randomisiert kontrollierte Studie</p> <p>Setting: Die Studie wurde in einem Pflegeheim in der Türkei durchgeführt.</p>	<p>Die Intervention bestand aus einem zehnwöchigen körperlichem Aktivitäten Programm für die Interventionsgruppe. Dabei wurde nachgewiesen, welchen Effekt die Intervention auf die Lebensqualität und depressiven Symptomen von Pflegeheimbewohnern hatte.</p>	<p>Ergebnisse der Dimensionen zur Erfassung der LQ.</p> <p>IG Beginn / Post Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Gesundheit Median 50.00 (44.00–52.50) / 70 (58.00–74.50), $z=2.809$, $p=0.001$ - Körperliche Funktion Median 53.00 (45.00–56.00) / 69.00 (59.50–73.50), $z=0.202$, $p=0.02$ - Schmerzen Median 48.00 (41.50–50.50) / 68.00 (61.50–71.50), $z=2.786$, $p=0.001$ - Generelle Gesundheit Median 36.00 (27.50–39.50) / 62.00 (52.50–66.50), $z=5.231$, $p=0.02$ - Mentale Gesundheit Median 40.00 (31.50–43.00) / 61.00 (53.50–63.00), $z=6.880$, $p=0.001$ - Emotionale Rolle Median 44.00 (35.50–47.00) / 53.00 (48.50–54.00), $z=14.523$, $p=0.001$ - Soziale Funktion Median 35.00 (29.50–47.00) / 64.00 (59.50–67.00), $z=0.944$, $p=0.03$ - Vitalität Median 43.00 (29.50–47.00) / 60.00 (53.50–61.00), $z=0.087$, $p=0.03$

4.4 Studienmerkmale

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Studien beschrieben. Anhand derer soll ein Einblick in die sechs Studien gewährleistet und veranschaulicht werden, welche Interventionen getestet wurden.

In der Studie von Nijs et al. (2006) sollte gezeigt werden, dass bei den Pflegeheimbewohner, welche ihre Mahlzeiten in Familienart erhielten, die Lebensqualität, die körperliche Leistungsfähigkeit und das Körpergewicht stabil blieben. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe, in der die Pflegeheimbewohner die übliche Pflege / Service erhielten, abnehmen werden. Mahlzeiten in Familienart bedeutete: Tischdekoration, Essservice, Protokolle der Mahlzeiten für die Pflegenden und Bewohner gewährleisten. Durch diese Maßnahmen soll das Ambiente verbessert werden. Ein privater Charakter anstelle eines kantinenartigen Ablaufs wurde hergestellt. Während sechs Monaten erhielt die Interventionsgruppe ihre Mahlzeiten in Familienart und die Kontrollgruppe die alltägliche Pflege / Service. Für die Studie wurden Teilnehmer aus fünf Pflegeheimen rekrutiert. Die Pflegeheimbewohner durften keine parenterale Ernährung erhalten und nicht an Demenz leiden. In jedem Pflegeheim wurde eine Interventionsgruppe und Kontrollgruppe gebildet. Die Zuteilung der Bewohner in die jeweilige Gruppe erfolgte randomisiert durch die Forscher der Studie. Insgesamt nahmen 244 Pflegeheimbewohner an der Studie teil. Zu Beginn der Studie waren sich die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe ähnlich. Das Alter der Interventionsgruppe lag bei einem Mittelwert von 78 ± 11.1 Jahren und bei der Kontrollgruppe 75 ± 9.9 . Das Personal kannte die Teilnehmer der Studie, jedoch wurde in jedem Pflegeheim ein streng standardisiertes Implementierungsverfahren befolgt. Dies bedeutete, dass das Personal während der Studiendauer nur die Interventionsgruppe servierte oder die Kontrollgruppe, nicht beide.

Die Studie von Olsen et al. (2016) untersuchte die Auswirkung einer tiergestützten Intervention auf Depression, Unruhe und Lebensqualität bei Pflegeheimbewohner mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung. Die Datenerhebung zur Lebensqualität wurde vor der Intervention (T0), nach 12 Wochen (T1) und nach drei Monaten (T2) durchgeführt. Pflegeheimbewohner, die Angst vor Hunden hatten oder eine Hundeallergie aufwiesen, wurden aus der Studie ausgeschlossen. 10 Pflegeheime wurden für die Studie ausgewählt. Gesundheitspersonal rekrutierte jeweils fünf bis acht Teilnehmer. Mittels computergenerierten Zufallszahlen wurden die Pflegeheimrichtungen in eine Interventionsgruppe (n=28) oder eine Kontrollgruppe (n=30) randomisiert. Zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Unterschiede. Die Intervention wurde durch einen Hundehalter und dessen Hund geleitet. Diese dauerte

30 Minuten und wurde zweimal pro Woche während 12 Wochen durchgeführt. Die Intervention bestand aus einer Begrüssungsrunde, streicheln des Hundes, dem Hund ein Leckerli anbieten und Spielzeuge für den Hund werfen.

Husebø et al. (2019), zeigten in ihrer Studie auf, welche Auswirkungen die COSMOS Intervention auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner hat. Als sekundäres Outcome wurde die Auswirkung der Intervention auf die Aktivitäten des täglichen Lebens, Medikamentengebrauch und die Verringerung der Belastung des Personals untersucht. COSMOS bedeutet bessere Kommunikation, systematisches Schmerzmanagement, Überprüfung Medikation und die Organisation von Aktivitäten und Sicherheit. Die COSMOS Intervention wurde während vier Monaten in der Interventionsgruppe durchgeführt. Das Erheben der Daten zur Lebensqualität erfolgte: Vor der Intervention, von Beginn der Intervention bis vier Monate, ein Follow up von vier Monate bis neun Monate sowie von Beginn der Intervention bis neun Monate. In der Studie wurden 33 Pflegeheime eingeschlossen mit 723 Pflegeheimbewohner. Die Pflegeheimbewohner wurden in eine Kontrollgruppe (n=329) und eine Interventionsgruppe (n=394) zugeteilt. Die Randomisierung geschah als Listen-Randomisierung. Dadurch sollte eine nahezu gleichmässige Verteilung auf die geografische Lage und finanziellem Status gewährleistet werden. Zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Differenzen. Der Mittelwert des Alters aller Teilnehmenden lag bei 86.7 Jahre \pm 7.5.

Die Evaluation des Effektes vom Selbstmanagementprogramm HCSMP-NHR, soll in der Studie von Park et al. (2017) untersucht werden. Dies wurde für ältere Personen mit kognitiver Beeinträchtigung in Pflegeheimen entwickelt. Das Selbstmanagementprogramm HCSMP-NHR umfasst eine 40-minütige Gesundheitsausbildung in Gruppen mit Problemlösungen, körperlicher Aktivität und regelmässigen Übungen, gesundes Coping mit täglichem Stress, Schlafmanagement, Medikamenteneinnahme und Managen der Nebenwirkungen, Kommunikationsfähigkeiten und Zielerreichung. Weiter bietet es ein individuelles Gesundheitscoaching von 30 Minuten. Dies diente zur Zielsetzung und der Zielerreichung sowie einer Gesundheitsausbildung. Nebst dem in der Gruppe sollte dies den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen dienen. Die Interventionsgruppe erhielt während acht Wochen das oben beschriebene Selbstmanagementprogramm HCSMP-NHR. Die Lebensqualität wurde in beiden Gruppen zu Beginn, nach der Intervention, nach neun Wochen und nach 20 Wochen erhoben. Fünf Pflegeheime in Korea entsprachen den Ein- und Ausschlusskriterien. Anhand einer computergestützten Randomisierung wurden drei Pflegeheime in die Interventionsgruppe und zwei in die Kontrollgruppe

randomisiert. Davon sind in der Kontrollgruppe 50 Pflegeheimbewohner und in der Interventionsgruppe 48 Pflegeheimbewohner. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich des Alters und des Geschlechts waren vorhanden.

In der Studie von Kuru & Kublay (2017) wurde der Effekt einer Lachtherapie auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner untersucht. Die Lachtherapie beinhaltet 21 Sitzungen, zweimal wöchentlich, während 30-45 Minuten. Die Sitzungen bestanden aus Aufwärmübungen, Händeklatschen, tiefe Atemübungen, Lachübungen, Filme ansehen, Spiele spielen, Lieder singen, Wünsche äussern und Lachmeditation. Die Lachübungen wurden zusammen mit Yoga Atemtechniken durchgeführt. Das Lachen wird durch körperliche Bewegungen vorgetäuscht, das vorgetäuschte Lachen verwandelt sich in echtes Lachen. Die Lachtherapie wurde von geschultem Personal durchgeführt, welches ein Lach Yoga Kurs besuchte und ein Zertifikat für den Abschluss des Kurses erhielt. In die Studie wurden zwei Pflegeheime aus der Türkei aufgenommen. Diese wiesen die selbe organisatorische Struktur auf und entsprachen den Ein- und Ausschlusskriterien. Schliesslich konnten 70 Pflegeheimbewohner für die Studie rekrutiert werden. 35 Pflegeheimbewohner von einem Pflegeheim bildeten die Interventionsgruppe, während die Kontrollgruppe aus 35 Pflegeheimbewohner vom anderen Pflegeheim bestand. Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe waren sich zu Beginn der Studie ähnlich. Die Kontrollgruppe bestand aus 15 Frauen (45.5%) und 18 Männer (55.5%), während die Interventionsgruppe aus 16 Frauen (50%) und 16 Männern (50%) bestand. Bezüglich des Alters war zwischen den beiden Gruppen kein Unterschied vorhanden.

Die Studie von Lok et al. (2017) untersuchte den Effekt eines körperlichen Aktivitätenprogramms auf depressive Symptome und auf die Lebensqualität. Dabei wurden ältere Pflegeheimbewohner mit depressiven Symptomen eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhielt während zehn Wochen, vier Mal pro Woche, die übliche Pflege und zusätzlich ein körperliches Aktivitätenprogramm. Dies bestand aus 10 Minuten Einwärmen, 20 Minuten rhythmische Übungen, 10 Minuten cool down Übungen und 30 Minuten spazieren. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Pflege. In die Studie wurden 80 Pflegeheimbewohner aus der Türkei eingeschlossen. Diese wurden in eine Interventionsgruppe (n=40) und eine Kontrollgruppe (n=40) randomisiert. Die Einteilung erfolgte anhand einer randomizer Web Page. Zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Unterschiede. Die Daten zur Erhebung der Lebensqualität wurde anhand der SF36 quality of life scale durch Interviews erhoben. Die gleiche Person erhob die Daten, welche auch die Intervention durchführte.

4.5 Ergebnisse der Studien

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien dargestellt. Diese werden anhand des Outcomes Lebensqualität dessen Dimensionen strukturiert. Die oben dargestellte Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien enthält zusätzliche statistische Ergebnisse und dient deshalb als Ergänzung zum Text. Die Tabelle Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität dient zum Verständnis der Datenerhebungen.

In der Studie von Nijs et al. (2006) lag der Mittelwert der Lebensqualität in der Interventionsgruppe zu Beginn der Studie bei 60 ± 13.4 und in der Kontrollgruppe bei 59 ± 13.6 .

Anhand des β -Koeffizients konnte gezeigt werden, ob ein Effekt durch die Intervention vorhanden war. In der Interventionsgruppe war dadurch ersichtlich, dass sich die Lebensqualität leicht verbessert hatte. Der Konfidenzintervall der Lebensqualität, siehe Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien, zeigte in der Interventionsgruppe, dass nach der Intervention kein signifikanter Unterschied vorhanden war bezüglich der Verbesserung der Lebensqualität. Somit konnte die Hypothese der Studie bestätigt werden, dass die Lebensqualität in der Interventionsgruppe stabil blieb. In der Kontrollgruppe war nach der Intervention, eine signifikante Verschlechterung der Lebensqualität vorhanden $\beta = -5.0$ (95% KI -9.4 bis -0.6).

Durch den Vergleich der beiden Gruppen konnte gezeigt werden, dass sich die Lebensqualität in der Kontrollgruppe signifikant verschlechtert hat im Gegensatz zur Interventionsgruppe 6.1 (95% KI 2.1 bis 10.3).

In der Studie wurde die Lebensqualität anhand des Instrumentes Dutch quality of life of somatic nursing home residents questionnaire gemessen. Diese teilte die Lebensqualität in fünf Dimensionen ein. Bei den einzelnen Dimensionen der Lebensqualität konnten in der Interventionsgruppe zwar Effekte durch die Intervention nachgewiesen werden, jedoch liegt beim Gesamtwert für die Lebensqualität keine signifikante Verbesserung oder Verschlechterung vor. Dies bedeutet, dass die Werte jeder Dimension in der Interventionsgruppe stabil blieben. Hingegen in der Kontrollgruppe war bei den Dimensionen psychosoziale Funktion und wahrgenommene Sicherheit, kein Effekt durch die Intervention vorhanden. Somit wurde eine signifikante Verschlechterung der Dimensionen aufgezeigt. Durch den Vergleich der Dimensionen zwischen den beiden Gruppen, ergab die körperlichen Funktion, ein $\beta = 5.1$ (95% KI 0.8 bis -9.4). Dies zeigte eine signifikante Verschlechterung der körperlichen Funktion in der Kontrollgruppe. Des Weiteren zeigte die

psychosoziale Funktion einen $\beta=7.3$ (95% KI 1.6-13.1) sowie die Dimension wahrgenommene Sicherheit einen $\beta=16.6$ (95% KI 4.3-28.9). Diese beiden Dimensionen hatten sich ebenfalls signifikant verschlechtert in der Kontrollgruppe.

Bei der Studie von Olsen et al., (2016) gab es keine signifikante Veränderung der Mittelwerte der Lebensqualität, in der gesamten Stichprobe der Interventionsgruppe.

Signifikante Effekte der Intervention auf die Lebensqualität konnte in der Interventionsgruppe nur bei den Teilnehmern mit starker Demenz festgestellt werden. Die Pflegeheimbewohner mit starker Demenz in der Kontrollgruppe zeigten eine Erhöhung der Mittelwerte auf, bei den Messungen nach 12 Wochen und beim Follow up nach drei Monaten, was ein Rückgang der Lebensqualität bedeutet. Hingegen nahmen die Mittelwerte bei den Pflegeheimbewohnern mit starker Demenz in der Interventionsgruppe ab bei T_1 und T_2 , was eine Verbesserung der Lebensqualität bedeutet. Die signifikante Verbesserung der Lebensqualität in der Interventionsgruppe bei den Pflegeheimbewohnern mit starker Demenz ist ebenfalls anhand des Vergleiches zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe von T_0 zu T_1 und T_0 zu T_2 ersichtlich.

- T_0 zu T_1 : $t=2.33$, $p=0.035$ (95% KI -9.79 bis -0.37)
- T_1 zu T_2 : $t=3.5$, $p=0.003$, (95% KI -16.03 bis -3.54)

In der Studie wurde $p=0.05$ als signifikant eingestuft, beide oben dargestellte p-Werte sind signifikant. Zwischen beide Zahlen der Konfidenzintervalle befindet sich keine Null, welches ebenfalls auf die signifikante Verbesserung der Lebensqualität der Interventionsgruppe hindeutet.

Die Studie von Husebø et al. (2019) wies bezüglich der Lebensqualität vor der Intervention keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf. Die Interventionsgruppe hatte von Beginn bis vier Monaten im EQ-VAS ein $\beta=-4.3$ (95% KI -8.0 bis -0.5) auf, sowie bei QUALIDEM total ein $\beta=-2.0$ (95% KI -3.0 bis -1.0). Dies ergab, dass sich die Lebensqualität in der Interventionsgruppe signifikant reduziert hatte. Hingegen in der Kontrollgruppe blieb die Lebensqualität stabil.

Die erfassten Daten von Monat vier bis Monat neun ergaben in EQ-VAS ein $\beta=-6.0$ (95% KI -10.2 bis -1.8) und bei QUALIDEM total $\beta=-1.4$ (95% KI -2.6 bis -0.2). Dies zeigte eine signifikante Verschlechterung der Lebensqualität in der Kontrollgruppe. Der Vergleich der beiden Gruppen, ergab nach neun Monaten eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität in der Interventionsgruppe.

Die Dimension soziale Beziehung in der Kontrollgruppe zeigte beim QUALIDEM bei der Messung von vier Monaten bis neun Monaten ein $\beta=-0.5$ (95% KI -0.8 bis -0.2). Der

Vergleich der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe der Dimension soziale Beziehung ergab: $\beta=0.5$ (95% KI 0.1 bis 0.9). Dies zeigte eine signifikante Verschlechterung der sozialen Beziehung in der Kontrollgruppe.

Die Lebensqualität in der Studie von Park et al. (2017) war in beiden Gruppen zu Beginn der Studie ähnlich. Der Mittelwert in der Kontrollgruppe lag bei 10.04 ± 2.31 und in der Interventionsgruppe bei 10.40 ± 2.27 .

Die Erhebung der Lebensqualität nach neun Wochen ergab, dass die Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung aufwies ($p=0.04$), hingegen in der Kontrollgruppe war eine leichte Verschlechterung vorhanden.

Nach 20 Wochen hat die Lebensqualität in der Kontrollgruppe kontinuierlich abgenommen und sich dadurch signifikant verschlechtert ($p=0.021$). Hingegen in der Interventionsgruppe blieb sie stabil. Der ANOVA Test für Messwiederholungen wurde verwendet, um die Ergebnisse zur Lebensqualität zu allen drei Zeitpunkten und zwischen den beiden Gruppen zu vergleichen. Dabei hat sich gezeigt, dass sich die Lebensqualität in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verbessert hat ($f=3.172$; $p=0.047$).

Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass die Hypothese bestätigt werden konnte. Die Lebensqualität in der Interventionsgruppe weist eine grössere kurzfristige und langfristige Verbesserung auf im Vergleich zu der Kontrollgruppe.

In der Studie von Kuru & Kublay (2017) wurde die Lebensqualität zu Beginn der Studie in der Interventionsgruppe und in der Kontrollgruppe erhoben. Kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen vor der Intervention wurde festgestellt. Nachdem die 21 Sitzungen der Lachtherapie abgeschlossen waren, wurde in beiden Gruppen die Daten zur Lebensqualität erneut erfasst. In der Interventionsgruppe hat sich der Mittelwert beim Posttest erhöht, hingegen in der Kontrollgruppe blieb dieser gleich. Die Lebensqualität hat sich in der Interventionsgruppe signifikant verbessert ($p<0.01$) im Vergleich zur Kontrollgruppe.

In der Studie wurden die Dimensionen des SF 36 Health Survey Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität aufgeführt. In der Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien werden alle signifikante Werte der Dimensionen dargestellt.

In der Kontrollgruppe blieben die Mittelwerte vor und nach der Lachtherapie in allen Dimensionen gleich. Diese haben sich nicht signifikant verändert. Hingegen in der Interventionsgruppe hatten sich die Werte der Dimensionen signifikant erhöht. In allen Dimensionen der Lebensqualität ergab sich in der Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung ($p=0.000$).

Bei der Studie von Lok et al. (2017) besteht der SF 36 quality of life Fragebogen aus acht Dimensionen der Lebensqualität. In der Interventionsgruppe hat sich die Dimension körperliche Gesundheit nach der Intervention signifikant verbessert. In der Kontrollgruppe hingegen hatte sich keine signifikante Veränderung gezeigt. Der Vergleich der beiden Gruppen wies eine signifikant ($p=0.011$) bessere körperliche Gesundheit in der Interventionsgruppe auf. Die Dimension soziale Funktion hatte sich in der Intervention signifikant verbessert. Hingegen in der Kontrollgruppe hatte sich diese nicht signifikant verändert. Eine signifikante Verbesserung ergab sich beim Vergleich dieser Dimension zwischen den beiden Gruppen ($p=0.038$). Die mentale Gesundheit in der Interventionsgruppe wies nach der Intervention eine signifikante Verbesserung auf, jedoch in der Kontrollgruppe blieb diese gleich. Der Vergleich der beiden Gruppen nach der Intervention zeigte in der Interventionsgruppe eine signifikant bessere mentale Gesundheit ($p=0.044$), als die der Kontrollgruppe. Die Differenz beim Vergleich der beiden Gruppen ergab bei der Dimension körperliche Rolle einen $p=0.016$, bei Schmerzen $p=0.022$, generelle Gesundheit $p=0.027$, Vitalität $p=0.033$, emotionale Rolle $p=0.042$. Dies zeigte auf, dass sich auch die restlichen Dimensionen der Lebensqualität signifikant verbessert hatten in der Interventionsgruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe. Die Werte zu den Ergebnissen der Dimensionen sind in der Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien ersichtlich.

Die Lebensqualität war in der Interventionsgruppe nach dem 10-wöchigem Programm signifikant besser als in der Kontrollgruppe. Beim Vergleich des Posttests zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe waren in allen Dimensionen der SF 36 quality of life scale die Median-Werte der Interventionsgruppe höher als der Kontrollgruppe. Dies wies eine signifikante Differenz zwischen den beiden Gruppen auf ($p<0.05$) und zeigte von einer besseren Lebensqualität der Interventionsgruppe.

Die Hypothese, dass die Zunahme der Lebensqualität während der Studie in der Interventionsgruppe stärker ausgeprägt war als in der Kontrollgruppe, konnte anhand der Studienergebnisse bestätigt werden Lok et al. (2017).

5 DISKUSSION

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den Studien interpretiert und diskutiert. Es wird auf deren Stärken und Schwächen eingegangen und die Fragestellung der Bachelorarbeit wird beantwortet. Die Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit werden diskutiert und Empfehlungen für die Praxis und weiterführende Forschungen werden aufgezeigt.

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Literaturübersicht zeigt auf, dass die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner durch zahlreiche Interventionen beeinflusst werden kann. Auffallend dabei ist, dass körperliche Aktivitäten einen starken Effekt aufweisen, welche die Lebensqualität der Bewohner verbessern Kuru & Kublay (2017), Park et al. (2017), Lok et al. (2017), Husebø et al. (2019). Das soziale Wohlbefinden, welches ein Teil der Lebensqualität darstellt, wird durch Interventionen, welche in einer Gruppe stattfinden gefördert. Dadurch werden die sozialen Interaktionen gestärkt und eine Gruppenzugehörigkeit herbeigeführt wird (Kuru & Kublay, 2017, Olsen et al., 2016). Die Lebensqualität kann positiv beeinflusst werden, indem Interventionen eingeführt werden, welche alle Dimensionen der Lebensqualität berücksichtigen Kuru & Kublay (2017), Park et al. (2017), Nijs et al. (2006).

5.1.1 Lebensqualität

Die Studie von Nijs et al. (2006) zeigte auf, dass die Pflegeheimbewohner eine stabile Lebensqualität aufwiesen, wenn die Mahlzeiten in Familienart eingenommen wurden. Dadurch kann aus der Studie geschlossen werden, dass sich der Charakter eines schönen Ambientes positiv auf die Lebensqualität auswirkt. Weiter wurde aufgezeigt, dass der Ablauf der Mahlzeiteinnahme, welcher sich dem von zu Hause ähnelt ebenfalls positiv auf die Pflegeheimbewohner wirkte. Anhand dessen kann eine Beeinflussung der sozialen Beziehungen und der Beziehung ihrer Umwelt hergestellt werden. Damit wird ein Teil der Lebensqualität gemäss Definition WHO berücksichtigt.

Die Einnahme der Mahlzeiten in Familienart, hatte nicht nur die gesamte Lebensqualität stabil gehalten, sondern auch alle Dimensionen positiv beeinflusst. Das gemeinsame Essen und nicht ein kantinenartiger Charakter, sondern eine familiäre Atmosphäre hebt vor allem das soziale Wohlbefinden hervor. Laut Theorie beruht dies darauf, Beziehungen zu Freunden und der allgemeinen Bevölkerung zu pflegen.

Bereits in einigen Pflegeheimen konnten die Autorinnen selber feststellen, dass grossen Wert auf die Mahlzeiteinnahme gelegt wurde. Im Pflegealltag soll die Wichtigkeit, wie die Mahlzeiten eingenommen werden, und dessen Zusammenhang mit der Lebensqualität nicht vergessen werden.

Der Effekt einer tiergestützten Intervention wurde in der Studie von Olsen et al. (2016) auf die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner untersucht. Diese konnte lediglich bei den Bewohnern mit starker Demenz signifikant verbessert werden. Dies kann damit begründet werden, dass bei den Pflegeheimbewohnern mit schwerer Demenz, eine hohe Anzahl unbefriedigten Bedürfnissen in Bezug auf Aktivitäten und sozialen Kontakten festgestellt wurde. Des Weiteren kann der Hund dazu geführt haben, dass der Druck in der sozialen Interaktion minimiert wurde und als Gesprächsvermittler diente und so ein sozialer Zusammenhalt herbeiführte. Die Intervention mit dem Hund führte zu einem Anstieg der sozialen Interaktion und Gesprächen. Daraus schliessen die Autorinnen, dass sich die das soziale und seelische Wohlbefinden verbessert hatte. Die Einsamkeit wurde reduziert und die Kommunikation besser. Der herbeigeführte Effekt der Intervention, so könnte auch argumentiert werden, dass der Hundeführer und nicht der Hund zu einer Verbesserung der Lebensqualität führte. Die Autorinnen konnten bereits selber Erfahrungen sammeln, wie Tiere den Pflegeheimbewohner Freude, Abwechslung und Unterhaltung bringen können. Unglücklicherweise wurden in der Studie die Ergebnisse der Dimensionen zur Lebensqualität nicht aufgeführt.

Die COSMOS Intervention, welche in der Studie von Husebø et al. (2019) untersucht wurde, weist nach neun Monaten eine signifikante Verschlechterung der Lebensqualität in der Kontrollgruppe auf. Nach vier Monaten hatte sich die Lebensqualität in der Interventionsgruppe verschlechtert, entgegen der Annahme, dass sich diese verbessern würde. Dafür wurden zwei Gründe vermutet: Einerseits äusserte das Personal in der Interventionsgruppe hohen Druck aufgrund zusätzlicher Arbeitsbelastung. Sie fühlten sich schlechter als sie realisierten, wie viel besser das tägliche Leben für die Teilnehmer war oder sein könnte. Andererseits wurde vermutet, dass durch die Anwendung einer multikomponenten Intervention das Bewusstsein des Personals geschärft wurde und eine Aufmerksamkeitsverzerrung hervorgerufen hatte. Dadurch wurden Symptome identifiziert, welche vorher ignoriert wurden. Daher muss beachtet werden, dass zwischen objektiver und subjektiver Lebensqualität unterschieden werden muss und diese individuell ist, sowie von Person zu Person anders definiert wird. Zusätzlich kann der Rückgang der Lebensqualität nach vier Monaten, darauf zurückzuführen sein, dass die Bewohner zu Beginn im Zusammenhang mit der Überprüfung der Medikation unzufrieden waren. Bereits frühere Studien, ähnlich wie die Intervention von COSMOS, weisen einen positiven Effekt von Aktivitäten und personalisierten sozialen Interventionen bezüglich der Verbesserung der Lebensqualität bei Pflegeheimbewohner auf.

Die vier Dimensionen der Lebensqualität wiesen ebenfalls eine Verschlechterung nach vier Monaten auf und eine Verbesserung nach neun Monaten. Daraus kann klar aufgezeigt werden, dass die Definition der Lebensqualität vier Dimensionen beinhaltet. Verbessern sich diese so verbessert sich die gesamte Lebensqualität und umgekehrt. Durch die Intervention lässt sich interpretieren, dass sich die psychische Dimension verbessert hatte, indem die Pflegeheimbewohner mehr Vertrauen in das Personal erlangten. Somit wendeten sich diese bei Problemen und Ängsten eher an sie. Das soziale Wohlbefinden wurde positiv beeinflusst indem eine intensivere Befassung des Personals mit seinen Bewohnern stattfand. Gleichzeitig konnte die körperliche Dimension gestärkt werden, da anhand der Intervention das alltägliche Leben, Aktivitäten und Fähigkeiten berücksichtigt wurden.

Die Studien von Park et al. (2017) zeigte auf, dass sich in der Interventionsgruppe, welche das Selbstmanagementprogram HCSMP-NHR erhalten haben, die Lebensqualität kurzfristig und langfristig verbessert. Aufgrund der Intervention konnten sich die Pflegeheimbewohner Ziele setzen. Diese beinhalteten die Themen des Selbstmanagementprogramms HCSMP-NHR. Dadurch erlangten die Bewohner eine Aufgabe und konnten an deren Ziele arbeiten. Ebenfalls ist in der Theorie der Lebensqualität ersichtlich, dass laut Definition der WHO die Ziele und Erwartungen der Menschen eine Rolle spielen. Trotz des Einzuges in ein Pflegeheim sollte nicht aufgehört werden an Zielen zu arbeiten. Eventuell lässt sich daraus begründen, warum ältere Menschen zu Hause eine höhere Lebensqualität aufweisen als diejenigen in einem Pflegeheim.

Die Pflegeheimbewohner lernen durch das Selbstmanagementprogramm ebenfalls, wie sie ihre Medikamente einnehmen sollen, sowie mit den Nebenwirkungen umzugehen. Dadurch kann ihre Autonomie erhalten bleiben und die Lebensqualität positiv beeinflusst werden.

Beachtet werden muss, dass die Verbesserung der Lebensqualität langfristig erhalten bleiben sollte. Denn nach 20 Wochen ist diese bei der Interventionsgruppe wieder auf den Anfangswert zurückgekehrt. Die Intervention müsste länger durchgeführt werden, damit der Effekt stets erhalten bleibt.

Die Lebensqualität in der Interventionsgruppe der Studie Kuru & Kublay (2017) hat sich nach der Lachtherapie signifikant verbessert. Die Intervention war ein neues und spezielles Angebot für die Pflegeheimbewohner. Alle Teilnehmer haben die Intervention bis zum Schluss der Studienzeit mitgemacht. Daraus zeigt sich, dass in den Pflegeheimen auch neue und speziellere Interventionen angeboten werden können und nicht nur die

alltäglichen und gleichen Aktivitäten durchgeführt werden müssen. Die Lachtherapie bietet eine gesundheitsfördernde Intervention im Bereich der Komplementärmedizin. Durch die Intervention wird der Bereich des sozialen, psychischen und körperlichen Wohlbefindens abgedeckt.

Diese Studie zeigte, je umfassender die Intervention ist, desto stärker werden alle Dimensionen beeinflusst, was eine bessere Lebensqualität erzeugt. Die Intervention bietet eine körperliche Aktivität, denn trotz Einschränkungen können ältere Menschen immer noch aktiv sein. Zudem wird die Intervention in einer Gruppe durchgeführt, Spiele wurden gespielt, Filme geschaut und Lieder gesungen, welches die sozialen Interaktionen fördert. Die Bewohner können miteinander offen über ihre Gefühle und Wünsche sprechen, welches das psychische Wohlbefinden positiv beeinflussen kann.

Die Studie Lok et al. (2017) zeigt auf, dass ein körperliches Aktivitätenprogramm die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner verbessern kann. In den Studien von Kuru & Kublay (2017), Husebø et al. (2019), Park et al. (2017) wurde der Effekt der körperlichen Aktivität ebenfalls untersucht, jedoch wird in diesen Studien die körperliche Aktivität als Teil einer umfangreicheren Intervention mit zusätzlich anderen Interventionen getestet. Aufgrund der Studie Lok et al. (2017) kann für den Pflegealltag gesagt werden, dass eine körperliche Aktivität wie rhythmische Übungen oder freies Gehen für Pflegeheimbewohner sehr wichtig sein kann und die Lebensqualität positiv beeinflusst. Daraus schliessen die Autorinnen, dass in den Studien Husebø et al. (2019), Park et al. (2017), Kuru & Kublay (2017) die körperliche Aktivität einen Einfluss auf die Lebensqualität hatten.

Das körperliche Wohlbefinden hatte sich durch die Aktivitäten verbessert. Die Durchführung der Intervention in einer Gruppe förderte die sozialen Interaktionen und das Zugehörigkeitsgefühl. Dies förderte das soziale Wohlbefinden.

In den eingeschlossenen Studien wurde nicht nur der Effekt der Intervention auf die Lebensqualität getestet, sondern zusätzlich noch auf andere Outcomes wie Depression, Körpergewicht und Agitation geachtet. Trotzdem konnten die Daten zur Lebensqualität gut erfasst werden.

5.1.2 Gesundheitsförderung

Die WHO definiert in der Gesundheitsförderung, dass angemessene Wohnbedingungen ein Bestandteil der Gesundheit ist. Der Pflegeheimenzug sollte daher nicht eine Verringerung der angemessenen Wohnbedingungen darstellen. Durch Interventionen wie bei

Nijs et al. (2006), sollen durch den familiären Charme das Ambiente von zu Hause beibehalten werden. Die Durchführung der Aktivitäten wie in der Studie von Lok et al. (2017), können die Bewohner in ihrer neuen Wohnumgebung weiterhin aktiv bleiben.

Das kontinuierliche Anwenden von gesundheitsfördernden Interventionen stellt durch die hohe Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal eine Herausforderung dar. Interventionen wie bei Husebø et al. (2019) und Park et al. (2017) bedeuten einen Mehraufwand und zusätzlichen Druck für die Pflege. Daher ist bei solch umfangreichen Interventionen, welche organisatorische Veränderungen aufweisen zu beachten, dass zusätzlich Zeitressourcen aufgebracht werden muss. Daraus lässt sich schliessen, dass solch umfangreiche Interventionen im Pflegealltag eingeführt werden können, jedoch mit Bedacht.

Gesundheitsfördernde Intervention bedeutet laut Definition auch, dass Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen können. In der Studie Park et al. (2017) wurde anhand der Zielsetzung von Gruppen sowie Einzelnen versucht, dies zu gewährleisten. Wünsche und Hoffnungen sollen laut WHO durch Interventionen wahrgenommen und verwirklicht werden. Die Studie Kuru & Kublay (2017) erfüllte durch die Intervention diese Anforderungen.

Um Chancengleichheit zu gewährleisten, sollen durch gesundheitsfördernden Interventionen die gesundheitlichen Ungleichheiten minimiert werden. Die Studien Olsen et al. (2016), Park et al. (2017) und Husebø et al. (2019) zeigten die Chancengleichheit besonders auf, denn alle älteren Personen, welche in einem Pflegeheim leben wurden in die Studien eingeschlossen, trotz Demenz oder kognitiven Beeinträchtigungen.

Alle eingeschlossenen Studien führten Intervention durch, welche den Gesundheitszuständen der älteren Personen in einem Pflegeheim entsprachen. Dadurch wurde das Model von Aaron Antonovsky berücksichtigt. Bei den älteren Menschen gilt es, ein Ungleichgewicht zwischen Gesundheit und Krankheit zu verhindern. Die Interventionen der Studien berücksichtigen die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts.

5.2 Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien

Die Glaubwürdigkeit der sechs Studien kann durch die kritische Beurteilung der Studien als hoch eingestuft werden. Lediglich in den Studien von Nijs et al. (2006), Kuru & Kublay (2017) ist der Vergleich der Ergebnisse, ob diese im Einklang mit anderen Untersuchungen stehen, schwierig. Dies aufgrund einer nur niedrigen Anzahl vorhandener Studien, welche den Effekt vergleichbarer Interventionen messen. Die Stichprobengrößen war in allen Studien ausreichend gewählt, ausser in der Studie von Olsen et al. (2016) hier war diese zu klein. In den sechs eingeschlossenen Studien wurde grundsätzlich eine Verblindung angestrebt aber aufgrund der Interventionen war dies nicht immer möglich.

Beispielsweise Nijs et al. (2006) ist aufgrund der Tischtücher und gedeckten Tischen für alle ersichtlich, dass sich dies um eine Interventionsgruppe handelte. Weiter bei der Studie von Olsen et al. (2016) konnte durch den Hund erkennbar sein, dass dies nun eine Interventionsgruppe war.. Die Teilnehmer bemerkten, ob sie nun eine Intervention erhielten oder nicht. Das Pflegepersonal sah welche Teilnehmer eine Intervention erhielten oder führten die Intervention selber mit den Pflegeheimbewohner durch. In der Studie von Lok et al. (2017) wurde zur Verblindung keine Angaben gemacht. Ein kritischer Punkt ist, dass zum Teil die Forscher in den Institutionen die Pflegenden schulten zur Datenerhebung. Dies wird aber häufig auf diese Weise gehandhabt (Husebø et al., 2019, Olsen et al., 2016)

Bei der Studie von Lok et al. (2017) wurden die Daten von der gleichen Person erhoben, welche die Intervention durchführte. In der Studie Park et al. (2017) wurden sechs Gesundheitscoaches rekrutiert, welche als Pflegenden registriert waren und mindestens zwei Jahre klinische Erfahrung hatten, um die Intervention durchzuführen. Zusätzlich wurden 10 Studenten der Pflege für die Datenerhebung ausgebildet. Dadurch wussten die Personen, welche die Datenerhebung durchgeführt hatten, nicht, welche Personen sich in der Interventionsgruppe befanden und welche in der Kontrollgruppe waren.

Die sechs eingeschlossenen Studien weisen eine hohe Aussagekraft auf (Nijs et al., 2006, Kuru & Kublay, 2017, Park et al., 2017, Lok et al., 2017, Husebø et al., 2019, Olsen et al., 2016). In allen Studien wurde die Signifikanz angegeben ausser in der Studie von Nijs et al. (2006). Hier wurden keine p- Werte berechnet. Anhand des Konfidenzintervall konnten trotzdem präzise Ergebnisse beschrieben werden. In den Studien Park et al. (2017), Lok et al. (2017) wurden keine Konfidenzintervalle berechnet. In allen sechs eingeschlossenen Studien wurde der Behandlungseffekt sehr gut beschrieben und anhand von Mittelwerten oder Medianwerten angegeben (Nijs et al., 2006, Kuru & Kublay, 2017, Park et al., 2017, Lok et al., 2017, Husebø et al., 2019, Olsen et al., 2016).

Die Anwendbarkeit der eingeschlossenen Studien lässt sich auf die Population von Pflegeheimbewohner übertragen. Jedoch sollte beachtet werden, dass die Teilnehmer nicht immer einheitlich waren. In einigen Studien wurden Bewohner mit Demenz eingeschlossen und in anderen wurden diese ausgeschlossen. Daher sollte jeweils beachtet werden, welche Bewohner eingeschlossen wurden und die Intervention übertragen werden kann. Alle Studien, welche in der Literaturrecherche eingeschlossen wurden, wurden durch eine Ethikkommission geprüft. In den eingeschlossenen Studien wurden keine Nebenwirkungen beschrieben oder wie die Compliance der Teilnehmer war. Daher kann angenommen werden, dass keine Nebenwirkungen aufgetaucht waren und eine gute Compliance vorhanden war. Die zusätzlichen Kosten, welche verursacht wurden, wurde

in keiner der Studien erwähnt (Nijs et al., 2006, Kuru & Kublay, 2017, Park et al., 2017, Lok et al., 2017, Husebø et al., 2019, Olsen et al., 2016).

In allen Studien wurde die Lebensqualität anhand von Instrumenten gemessen, welche aus verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität bestehen. In den Studien Park et al. (2017), Olsen et al. (2016) wurden die Ergebnisse der einzelnen Dimensionen nicht aufgezeigt und bei der Studie Husebø et al. (2019) nur teilweise. Die Studien sind alle Kuru & Kublay (2017), Park et al. (2017), Lok et al. (2017), Husebø et al. (2019), Olsen et al. (2016) nicht älter als 10 Jahre, ausser die von Nijs et al. (2006), welche ein Alter von 14 Jahre auf weist. Diese wurde trotzdem eingeschlossen aufgrund der passenden Population, Erfahrungen der Autorinnen und der Anwendbarkeit in der Praxis. Die Studien Lok et al. (2017), Kuru & Kublay (2017) wurden in der Türkei durchgeführt und die Studie von Park et al. (2017) in Korea, daher muss der kulturelle Hintergrund betrachtet werden. Bei den Menschen mit unterschiedlichem kulturellem und ethnischen Hintergrund kann die Lebensqualität andere Dinge bedeuten als hier in der Schweiz (King & Hinds, 2001).

Gemäss Studie von Kuru & Kublay (2017) benötigt der Hundehalter mit dessen Hund für die tiergestützte Intervention eine Zusatzausbildung mit Zertifikat. Eine solche Intervention generiert Kosten für ein Pflegeheim. Wie hoch diese sein könnten wird aber nicht beschrieben. In den Studien Park et al. (2017), Nijs et al. (2006), Olsen et al. (2016) wurden die Teilnehmer durch das Personal oder den Manager des Pflegeheimes rekrutiert. Dies sollte aufgrund des Persönlichkeitsschutzes nur nach freiwilliger Zustimmung erfolgen und muss kritisch betrachtet werden.

Bei allen eingeschlossenen Studien handelt es sich um randomisiert kontrollierte Studien. Diese weisen jeweils eine hohe Evidenz auf, was als Stärke der eingeschlossenen Studien betrachtet werden kann. Die Probanden wurden in allen Studien anhand von Broschüren, Protokollen oder Gesprächen informiert. Danach erfolgte in allen Studien eine Zustimmung der Teilnehmer, dass diese an der Forschung teilnehmen wollen. In keiner Studie war ein Drop out höher als 20% vorhanden. In den Studien war jeweils eine ausreichend grosse Stichprobe vorhanden. Die Interventionsgruppen und die Kontrollgruppen waren sich in allen eingeschlossenen Studien zu Beginn ähnlich. Daher wurde der Effekt durch die Intervention in den Studien nicht aufgrund von unterschiedlichen Merkmalen der Probanden beeinflusst. Bei den sechs eingeschlossenen Studien wurde bei allen Teilnehmer von beiden Gruppen die Daten zur Lebensqualität erhoben. Keine Probanden wechselten die Gruppen. In den eingeschlossenen Studien wurden jeweils passende Instrumente gewählt, um die Datenerhebung zur Lebensqualität durch-

zuführen. Die angewandten Instrumente waren jeweils auf die Bedürfnisse der Probanden zugeschnitten. Dies heisst bei Pflegeheimbewohner mit Demenz entsprechende Instrumente angewandt wurden (Nijs et al., 2006, Kuru & Kublay, 2017, Park et al., 2017, Lok et al., 2017, Husebø et al., 2019, Olsen et al., 2016).

5.3 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung, «Welche gesundheitsfördernden Interventionen können bei Pflegeheimbewohner / innen die Lebensqualität verbessern?», lässt sich durch die sechs eingeschlossenen Studien in der Literaturrecherche wie folgt beantworten.

In der Studie Lok et al. (2017) wurde aufgezeigt, dass die körperliche Aktivität zur Verbesserung der Lebensqualität hilfreich sein kann. In den Studien Husebø et al. (2019), Kuru & Kublay (2017), Park et al. (2017) wird die Durchführung von Aktivitäten zusammen mit anderen Interventionen getestet. Dadurch ist erkennbar, dass die körperliche Aktivität als eine gesundheitsförderliche Intervention angesehen werden kann, welche einen positiven Effekt auf die Lebensqualität ausübt.

Olsen et al. (2016) zeigten in ihrer Studie auf, dass die Durchführung einer Gruppenaktivität zusammen mit einem Hund die sozialen Interaktionen und das Gefühl einer Gruppenzugehörigkeit gestärkt hatte. Daraus kann geschlossen werden, dass auch in den Studien Kuru & Kublay (2017), Park et al. (2017), Lok et al. (2017) das soziale Wohlbefinden durch die Gruppe verbessert wurde und somit ein positiven Effekt auf die Lebensqualität herbeiführte. Die Studie Nijs et al. (2006) zeigte auf, dass vor allem das soziale Wohlbefinden durch die Mahlzeiten in Familienart und den damit verbundenen Interaktionen gefördert wurde.

Aus der Studie von Kuru & Kublay (2017) kann interpretiert werden, dass sich durch das Äussern von Wünschen, die Durchführung von Yoga mit Atemübungen sowie das Lachen in der Gruppe das psychische Wohlbefinden gesteigert werden konnte. Das Setzen von Zielen und daran arbeiten, wie in der Studie Park et al. (2017) aufgezeigt wird, führt die Autorinnen zur Annahme, dass sich dies als gesundheitsfördernde Intervention, welche das psychische Wohlbefinden stärkte und einen positiven Effekt auf die Lebensqualität hatte, angesehen werden kann. In der Studie Husebø et al. (2019) befasste sich die Pflege intensiver mit den Pflegeheimbewohner was zur Annahme führt, dass sich dadurch das psychische Wohlbefinden verbesserte und die Lebensqualität beeinflusste.

5.4 Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wurden alle Populationen der Pflegeheimbewohner eingeschlossen. Keine Personengruppe wurde ausgeschlossen, da auch Studien eingeschlossen wurden, welche Pflegeheimbewohner mit Demenz beinhalteten. Daher können die Ergebnisse auch auf Personengruppen mit komplexen Bedürfnissen übertragen werden. Die Chancengleichheit der älteren Personen in einem Pflegeheim kann bewahrt werden, was als Stärke der Arbeit angesehen werden kann. Hingegen könnte als Schwäche betrachtet werden, dass unterschiedliche Populationen eingeschlossen wurden. Bei der Suche nach passenden Studien stellten die Autorinnen fest, dass viele Studien vorhanden sind, welche lediglich die Personengruppe Pflegeheimbewohner mit Demenz beinhalteten. Dies stellte eine Herausforderung dar, passende Studien zu finden, welche spezifisch auf eine Gruppe von älteren Menschen zugeschnitten sind. Eine weitere Stärke der Arbeit ist, dass die eingeschlossenen Studien alle in einem Pflegeheim durchgeführt wurden. Als eine Schwäche kann angesehen werden, dass in den Studien nebst dem Ziel die Verbesserung der Lebensqualität, jeweils auch andere Outcomes durch die Intervention getestet wurden. Trotzdem konnten die Autorinnen die Ergebnisse zur Lebensqualität gut erfassen. Eine grosse Stärke der vorliegenden Arbeit sehen die Autorinnen darin, dass alle sechs Studien randomisiert kontrollierte Studien sind. Dies bedeutet, dass eine sehr hohe Aussagekraft vorhanden ist.

5.5 Empfehlungen für die Praxis und weiterführende Forschung

Für die Praxis lässt sich aus der Studie Olsen et al. (2016) schliessen, dass im Pflegealltag eine Intervention mit einem Tier sinnvoll ist und auch in Betracht gezogen werden soll. Vor allem in der Demenzpflege ist die tiergestützte Intervention nützlich. Dies bedeutet eine individuell zugeschnittene Intervention, bei denen das kognitive und funktionelle Niveau der Pflegeheimbewohner berücksichtigt und angeboten wird, sollte eingeführt werden. Wie in der Studie soll ein Hundehalter mit dessen Hund das Pflegeheim besuchen, um die Professionalität zu gewährleisten. Weiter sollen Aktivitäten in Gruppen bei vorhanden Mitteln in der Praxis eingeführt werden und wenn bereits vorhanden weitergeführt oder ausgebaut werden. In Zukunft braucht die Forschung neue Daten, dass eine tiergestützte Intervention auch bei Bewohner ohne Demenz sinnvoll sein kann. Spannend wäre eine tiergestützte Forschung, bei der eine Intervention mit einem anderen Tier als einem Hund durchgeführt wird. Damit könnte man sehen, wie sich andere Tiere auf die Lebensqualität der Bewohner auswirken. Weiter könnte für die zukünftige Forschung ein Projekt sein, wie sich Tiere, welche dem Pflegeheim gehören und auch dort leben, auf die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner auswirken.

Die Studie von Husebø et al. (2019), Park et al. (2017) zeigen auf, dass in der Praxis die Anwendung von multikomponenten Interventionen eine lange Nachsorge benötigen, um die Akzeptanz zu überprüfen und positive Auswirkungen zu gewährleisten. In der Praxis müssen diese mit Bedacht eingeführt werden, da dies eine Stressbelastung für die Pflegenden sein kann und einen Mehraufwand bedeutet. Daher ist eine gute Einführung und genügend Zeit nötig. Die Autorinnen empfehlen in der Praxis multikomponente Interventionen erst einzuführen, wenn sich einfachere gesundheitsfördernde Interventionen wie tägliche körperliche Bewegung zur Verbesserung der Lebensqualität bereits etabliert haben. Dies bedeutet, dass gesundheitsfördernde Interventionen bereits mehrere Jahre im Pflegeheim angewendet wurden und sich die Pflege darin schon gut auskennt. Daher kann mit der Zeit auch eine Aufwändigere Intervention eingeführt werden.

Damit die Ergebnisse verallgemeinert werden und in den Pflegeheimen eingeführt werden können, müssen die Forschungen wiederholt werden. Die Probanden sollten sich hinsichtlich kognitiver und körperlicher Einschränkungen ähneln. Dies bedeutet Probanden nur mit Demenz einschliessen oder nur ohne Demenz. Die Studie Park et al. (2017) sollte in Europa nochmals untersucht und evaluiert werden (Husebø et al., 2019).

Die Intervention, welche in der Studie von Kuru & Kublay (2017) soll in der Praxis eingeführt werden aber das Pflegeheim muss dafür zusätzliches Personal einstellen oder vorhandenen Angestellten zusätzliche Zeit einräumen. Für die Anwendung würde die Praxis einen genauen Ablauf und Beschreib benötigen, wie die Intervention durchzuführen und anzuwenden ist. Für die zukünftige Forschung wäre sinnvoll, eine Studie mit den gleichen Interventionen nochmals durchzuführen aber mit unterschiedlichen soziokulturellen Strukturen. Weiter könnte die gleiche Intervention über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden und mehrere Messungen sowie Follow ups stattfinden. Damit der Langzeiteffekt genauer ist.

Die Ergebnisse der Studie Lok et al. (2017) zeigen auf, dass das Durchführen von routinierten Aktivitätenprogrammen mit den Pflegeheimbewohner eingeführt werden sollen. Für die Pflegenden in der Praxis bedeuten dies, kleine Spaziergänge oder morgendliche Interventionen mit Turnübungen einzuführen. Denn bereits kleine Interventionen können viel bewirken. In der Forschungsliteratur sind zahlreiche Studien zu finden, welche den Effekt von körperlichen Aktivitäten bei älteren Personen untersuchen. Trotzdem werden zusätzliche Studien benötigt, die evidenzbasiert sind und ein gezieltes Aktivitätenprogramm enthalten. Weiter sollte aufgrund der kulturellen Unterschiede, die Studie in der Schweiz durchgeführt werden. Damit deren Auswirkung hier ersichtlich ist und evaluiert werden kann.

Die Studie von Nijs et al. (2006) zeigte auf, dass Massnahmen, die in den Pflegeheimen bezüglich der Einnahme der Mahlzeiten bereits eingeführt wurden, beizubehalten und bei Möglichkeiten auszuweiten sind. Zusätzlich soll die Pflege darauf achten, dass das Thema der Mahlzeiteinnahme genügend beachtet und weiterentwickelt wird. Für die Forschung werden neuere, aktuellere Studien benötigt, um die Studie von Nijs et al. (2006) zu bestätigen und zusätzliche, neue und zeitgemässe Interventionen vorzuschlagen.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner lässt sich durch entsprechende gesundheitsfördernde Interventionen verbessern. Bei der Gesundheitsförderung steht nicht die Krankheit im Mittelpunkt sondern die Gesundheit und das Wohlbefinden.

Bei der Absicht, die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner zu verbessern, soll diese als ein multidimensionales Konzept angesehen werden. Das Verbessern der einzelnen Dimensionen führt dazu, dass sich die gesamte Lebensqualität der Pflegeheimbewohner verbessert.

Das körperliche, soziale und psychische Wohlbefinden kann durch das Durchführen von körperlichen Aktivitäten sowie Gruppenaktivitäten beeinflusst werden. Dies wirkt sich positiv auf die Lebensqualität aus und kann eine Verbesserung herbeiführen. Soziale Interaktionen, der Austausch in Gruppen sowie eine Verbesserung der Kommunikation können in den Pflegeheimen als Interventionen eingeführt werden. Gruppenaktivitäten sollen eingeführt werden oder ausgebaut und erhalten bleiben. Jegliches Engagement zur Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivitäten für die Pflegeheimbewohner sollte gestärkt und bewahrt werden. Das Ermöglichen und Fördern von körperlichen Aktivitäten ist ein wichtiger Punkt bei der Verbesserung der Lebensqualität von Pflegeheimbewohner.

Die zukünftigen Forschungsprojekte sollten gezielte gesundheitsfördernde Interventionen auf eine spezifische Gruppe der älteren Menschen vorschlagen können. Jedoch muss die Chancengleichheit trotzdem erhalten bleiben. Dies bedeutet, dass zu allen Populationen von Bewohnern Forschungen durchgeführt werden. Ebenfalls die Population der kognitiven Beeinträchtigten oder dementen Personen sollen Intervention erhalten können, welche auf wissenschaftlichen Kenntnissen beruhen. Weiter sollten Studien erstellt werden und über einen längeren Zeitraum, um genauere Ergebnisse äussern zu können. Studien, welche nur das Outcome der Lebensqualität messen, sollten in Zukunft weiter ausgebaut werden.

Die vorliegende Literatur zeigt auf, dass bereits viele Ansätze von gesundheitsfördernden Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität vorhanden sind. In der Praxis werden einige Interventionen bereits umgesetzt aber eine Ausweitung und Weiterentwicklung kann immer in Betracht gezogen werden. Dafür kann die erstellte Literaturrecherche einen Anhaltspunkt bieten.

Die vertiefte Auseinandersetzung mit der Fragestellung, was aufwendig, hat Freude bereitet und wird den Autorinnen für die zukünftigen professionellen Tätigkeiten helfen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Bachmann, N., Burla, L., & Dimitro, K. (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen Nationaler Gesundheitsbericht. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchatel.
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). Beurteilung einer Interventionsstudie. *Evidencebased Nursing*.
- Blüher, S., & Kuhlmei, A. (2019). Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*.
- Bundesamt für Statistik. (2018). Alters- und Pflegeheime. Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html>
- Bundesamt für Statistik. (2019). Alterung der Bevölkerung. Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/alterung.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020). Die Faktoren der Alterung. Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/alterung/bevoelkerung.html>
- Curaviva. (2017). Lebensqualitätskonzeption für Menschen mit Unterstützungsbedarf. *Curaviva Schweiz*, 34.
- Fachhochschule Westschweiz. (n.d.). Rahmenstudienplan Bachelor 2012.
- Hasseler, M., & Meyer, M. (2006). *Prävention und Gesundheitsförderung- Neue Aufgaben für die Pflege*. Schlütersche.
- Helfenstein, A. (n.d.). Lebensqualität aus Sicht des Patienten. Retrieved from <https://elearning.fhsg.ch/mod/wiki/view.php?pageid=255>
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter . Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Pflege*. Hans Huber.
- Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., & Stock, S. (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung*. Hogrefe.
- Husebø, B. S., Ballard, C., Aarsland, D., Selbaek, G., Slettebo, D. D., Gulla, C., ... Flo, E. (2019). The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes, 330–339.

- King, C. R., & Hinds, P. S. (2001). *Lebensqualität Pflege- und Patientenperspektiven*. Hans Huber.
- Kuru, N., & Kublay, G. (2017). The effect of laughter therapy on the quality of life of nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 3354–3362.
- Lok, N., Lok, S., & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 92–98.
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden Elemente und Basiswissen für das Studium (4., vollst)*. Wien: Facultas AG.
- Nijs, K. A. N. D., De Graaf, G., Kok, F. J., & Van Staveren, W. A. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents. *British Medical Journal*, 1180–1183.
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Patil, G., & Ihlebæk, C. (2016). Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1312–1321.
- Oppikofer, S., & Mayorova, E. (2016). Lebensqualität im hohen Alter – theoretische Ansätze, Messmethoden und empirische Befunde. *Pflege & Gesellschaft*, 90.
- Park, Y. H., Moon, S. H., Ha, J. Y., & Lee, M. H. (2017). The long-term effects of the health coaching self-management program for nursing-home residents. *Clinical Interventions in Aging*, 1079–1088.
- Rüegger, H. (2013). Würde und Autonomie im Alter. *Curaviva.Ch*, 52.
- Schmitt, S. (2013). Gesundheitsförderung für Pflegeheimbewohner: Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Pravention Und Gesundheitsforderung*, 8, 78–82.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., ... Widmer Howald, F. (2016). Gesundheit und Lebensqualität im Alter. *Gesundheitsförderung Schweiz*, 147.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion. *Health Promotion*, 1. Retrieved from <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- World Health Organization. (2016). Weltbericht über Altern und Gesundheit. *WHO*, 32.

World Health Organization. (2020). Health statistics and information systems. Retrieved from <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

World Health Organization. (2020). Health statistics and information systems. Retrieved from <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Flowchart	16
------------------------------	----

9 TABELLENVERZEICHNIS


Tabelle 1:	Suchbegriffe.....	12
Tabelle 2:	Suchstrategie	13
Tabelle 3:	Ampelschema	17
Tabelle 4:	Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität.....	19
Tabelle 5:	Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien	21

10 ANHANG

10.1 Anhang A: Selbständigkeitserklärung

Selbstständigkeitserklärung

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

Freiburg, 29. Juni 2020 

Ort, Datum und Unterschrift

Freiburg, 29. Juni 2020 

Ort, Datum und Unterschrift

10.2 Anhang B: Tabellarische Übersichten

Nijs, K., De Graaf, G., Kok, F. J., & Van Staveren, W. A. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: Cluster randomised controlled trial. <i>British Medical Journal</i> , 5, 1–5.				
Ziel und Design	Population und Stichprobe	Instrument(e) und Intervention	Wichtige Ergebnisse	Stärken Schwächen
<u>Ziel</u> Es soll gezeigt werden, dass bei den Pflegeheimbewohnern, welche ihre Mahlzeiten in Familienstile angeboten werden, die Lebensqualität (LQ), die körperliche Leistungsfähigkeit und das Körpergewicht stabil bleibt, jedoch bei den Bewohnern, die den üblichen Services erhalten abnehmen werden. <u>Design</u> Randomisiert kontrollierte Studie	<u>Population</u> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeheimbewohner ohne Demenz - Mittleres Alter von 77 Jahre - Keine parenterale Ernährung <u>Stichprobe</u> <ul style="list-style-type: none"> - Grösse der Stichprobe war n= 244 Teilnehmende - Diese wurde per Randomisierung in eine Interventionsgruppe (IG) n= 133 Personen und Kontrollgruppe (KG) n=112 Personen eingeteilt - Die Namen der Stationen deren Anfangsbuchstaben als 1.im Alphabet auftauchen wurden die IG - Verblindung der Studie die Forscher vor der Randomisierung keinen Besuch oder Kontakt mit dem Personal hatten 	<u>Instrument(e) (wenn quant. Studie) oder Methode (wenn qual. Studie)</u> Lebensqualität <ul style="list-style-type: none"> - Interviews, benutzen des Dutch quality of life of somatic nursing home residents questionnaire <u>Intervention (wenn vorhanden) oder Variable/Phänomen</u> <ul style="list-style-type: none"> - Dauer von sechs Monaten - Bestehend aus Tischdekoration, Essservice, Protokolle für die Pflegenden, Bewohnern und für die Mahlzeiten - Familiäres Ambiente - KG behielt den vorgefertigten Service mit Menu Auswahl 2 Wochen im Voraus 	<u>Wichtige Ergebnisse</u> <ul style="list-style-type: none"> - Die Differenz der LQ zwischen der IG und der KG war signifikant (6.1 bei einem 95% KI 2.1 zu 10.3) - Bei der IG blieben die Werte zur LQ stabil, ($\beta=0.4$, -1.8 zu 2.5), während die LQ bei der KG abnahm ($\beta=-0.5$, -9.4 zu -0.6) - Dimension psychosoziale Funktion KG signifikante Verschlechterung ($\beta=-6.2$, 95% KI -10.7 bis -1.8) - Dimension wahrgenommene Sicherheit KG signifikante Verschlechterung ($\beta=-8.7$, 95% KI -17.2 bis -0.2) 	<u>Stärken</u> <ul style="list-style-type: none"> - Population und Stichprobengrösse - Passende Intervention - In jedem Pflegeheim anwendbar - KI von 95%, signifikante Ergebnisse - Erfahrungen der Autorinnen mit ähnlichen Interventionen <u>Schwächen</u> <ul style="list-style-type: none"> - Alter der Studie 14 Jahre

Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Patil, G., & Ihlebæk, C. (2016). Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 10, 1312–1321.				
Ziel und Design	Population und Stichprobe	Instrument(e) und Intervention	Wichtige Ergebnisse	Stärken Schwächen
<u>Ziel</u> Die möglichen Auswirkungen auf Depression, Unruhe und Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung durch eine Intervention mit tiergestützten Aktivitäten zu untersuchen <u>Design</u> Randomisiert kontrollierte Studie	<u>Population</u> <ul style="list-style-type: none"> - Frauen und Männer - Älter als 65 Jahre - Diagnose Demenz oder kognitive Beeinträchtigung - Bewohner eines Pflegeheimes <u>Stichprobe</u> <ul style="list-style-type: none"> - 10 Pflegeheime wurden in Studie eingeschlossen - Von möglichen 130 Bewohnern waren 58 (45%) zur Teilnahme bereit, sieben (12%) starben während Studienzeit wurden ausgeschlossen - Stichprobe bestand aus 58 Patienten - 5–8 Teilnehmende pro Pflegeheim - Computergenerierte Zufallszahlen wurden verwendet zur Randomisierung der Pflegeheime in eine IG (n=28) und KG (n=30) 	<u>Instrument(e) (wenn quant. Studie) oder Methode (wenn qual. Studie)</u> <ul style="list-style-type: none"> - Quality of life in Late-stage Dementia (QUALID) <u>Intervention (wenn vorhanden) oder Variable/Phänomen</u> <ul style="list-style-type: none"> - 30min tiergestützten Aktivität mit einem qualifizierten Hundehalter und Hund in Gruppen von drei bis sechs - Zweimal pro Woche für 12 Wochen - Bestehend aus Begrüßungsrunde, Hund streicheln, Hund mit Leckerli füttern und Spielzeug werfen für den Hund 	<u>Wichtige Ergebnisse</u> Signifikante Effekte der IG ergaben sich bei Teilnehmer mit starker Demenz von T ₀ zu T ₁ und T ₀ zu T ₂ . IG QUALID Mittelwerte: <ul style="list-style-type: none"> - T₀ 26.58 ± 6.17, T₁ 24.27 ± 6.72, T₂ 23.18 ± 4.40 KG QUALID Mittelwerte: <ul style="list-style-type: none"> - T₀ 25.91 ± 10.21, T₁ 27.92 ± 10.9, T₂ 30.91 ± 12.15 Während in der IG die Mittelwerte abnahmen und somit eine Verbesserung der LQ erfolgte, nahmen die Mittelwerte der KG ab. Dies ergibt bei T ₀ – T ₁ eine signifikante Differenz zwischen der IG und der KG (t=2.33, p=0.035, 95% KI -9.79 bis -0.37), ebenfalls von T ₁ – T ₂ (t=3.5, p=0.003 95% KI -16.03 bis -3.54)	<u>Stärken</u> <ul style="list-style-type: none"> - Datenerhebung anhand der Instrumente durch geschultes Personal jeder Institution - Aktuelle Daten aus dem Jahr 2016 - Randomisiert kontrollierte Studie - Outcome, Population, Setting passend <u>Schwächen</u> <ul style="list-style-type: none"> - Personen mit Demenz und kognitiver Beeinträchtigung - Intervention hat sich nur bei den Teilnehmenden mit starker Demenz bezüglich LQ positiv ausgewirkt. - Eine Hypothese könnte sein, dass der Hundeführer und nicht der Hund der entscheidende Faktor für die Ergebnisse war.

Husebø, B. S., Ballard, C., Aarsland, D., Selbaek, G., Slettebo, D. D., Gulla, C., Flo, E. (2019). The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial (COSMOS). <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 10, 330–339.				
Ziel und Design	Population und Stichprobe	Instrument(e) und Intervention	Wichtige Ergebnisse	Stärken Schwächen
<u>Ziel</u> Die Studie zielt darauf ab, den Effekt von COSMOS auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern zu untersuchen. Des Weiteren zielt die Studie darauf ab, zu beurteilen ob die Intervention als klinisch relevant beurteilt wurde, die ATL's zu erhöhen und den Medikamentengebrauch und die Belastung des Personals zu verringern. <u>Design</u> Randomisiert kontrollierte Studie	<u>Population</u> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeheimbewohner - Mindestens 65 Jahre alt oder älter - Mussten für mindestens 2 Wochen vor der Datenerhebung in einem Pflegeheim oder Einrichtung für Demenz leben <u>Stichprobe</u> <ul style="list-style-type: none"> - Randomisiert wurde 67 Stationen in 33 Pflegeheimen und 723 Bewohner - KG n=329 IG n=394 - Beide Gruppen waren gleich, zu Beginn - Keine signifikanten Unterschiede in der LQ (p=0.46) - Ausfallraten gleich (p=0.65) - Mittelwert des Alters war 86.7 Jahre SD=7.5 	<u>Instrument(e) (wenn quant. Studie) oder Methode (wenn qual. Studie)</u> Lebensqualität 3 Instrumenten verwendet: <ul style="list-style-type: none"> - QUALIDEM → Quality of life Dementia Scale - QUALID → Quality of life Late Stage Dementia Scale - EQ-VAS → European Quality of life visual Analog scale <u>Intervention (wenn vorhanden) oder Variable/Phänomen</u> COSMOS Intervention <ul style="list-style-type: none"> - Bessere Kommunikation - systematisches Schmerzmanagement - Medikamentenabgabe - Organisation von Aktivitäten 	<u>Wichtige Ergebnisse</u> <ul style="list-style-type: none"> - Messungen wurden nach 4 Monaten und ein Follow up nach 9 Monaten gemacht - Die LQ hat sich nach 4 Monaten in der IG signifikant reduziert QUALID: $\beta=1.3$ 95% KI 0.1 bis 2.6, p=0.04 QUALIDEM: $\beta=-2.4$, 95% KI, -3.8 bis -0.9, p=0.002 - Nach 9 Monaten signifikante Verbesserung der LQ in der IG im Gegensatz zur KG EQ-VAS: $\beta=8.6$, 95% KI 3.0, 14.3, p=0.003 QUALIDEM 2.1, 95% KI 0.5 bis 3.7, p=0.012 	<u>Stärken</u> <ul style="list-style-type: none"> - Glaubwürdigkeit der Studie hoch - Grosse Stichprobengrösse - Randomisiert kontrollierte Studie - Outcome, Population, Setting passend <u>Schwächen</u> <ul style="list-style-type: none"> - Bewohner mit Demenz wurden ebenfalls in der Studie eingeschlossen

Park, Y. H., Moon, S. H., Ha, J. Y., & Lee, M. H. (2017). The long-term effects of the health coaching self-management program for nursing-home residents, 1079–1088.				
Ziel und Design	Population und Stichprobe	Instrument(e) und Intervention	Wichtige Ergebnisse	Stärken Schwächen
<u>Ziel</u> Ziel der Studie ist die Evaluation des Effektes vom Selbstmanagementprogramm HCSMP-NHR, welches entwickelt wurde für ältere Personen mit kognitiver Beeinträchtigung in Pflegeheimen Zwei Hypothesen wurden getestet: <ul style="list-style-type: none"> - Grössere kurzfristige Verbesserung der Selbstwirksamkeit und Zielerreichung - Bessere kurzfristige und Langfristige Verbesserung des Gesundheitszustandes und Lebensqualität <u>Design</u> <ul style="list-style-type: none"> - Cluster randomized controlled trial 	<u>Population</u> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeheimbewohner, älter oder gleich 65 Jahre - Fähig zu kommunizieren - Eine oder mehr chronische Erkrankungen - Leichte bis mittlere kognitive Beeinträchtigung <u>Stichprobe</u> <ul style="list-style-type: none"> - 98 Bewohner aus 5 Pflegeheimen, durch eine computergestützten Randomisierungsmethode in die IG (n=3) und KG (n=2) eingeteilt. - IG n= 48 Bewohner KG n= 50 Bewohner. - Keine signifikanten Unterschiede beider Gruppen 	<u>Instrument(e) (wenn quant. Studie) oder Methode (wenn qual. Studie)</u> <ul style="list-style-type: none"> - Zielsetzung mit GAS - Lebensqualität EuroQoL five dimension three-level questionnaire (EQ-5D-3L) <u>Intervention (wenn vorhanden) oder Variable/Phänomen</u> HCSMP- NHR umfasst: Während 8 Wochen: Gesundheitsausbildung in Gruppen (40Min): Problemlösungen, körperliche Aktivität und regelmässige Übungen, gesundes Coping mit täglichem Stress, Schlafmanagement, Medikamenteneinnahme und Managen der NW, Kommunikationsfähigkeiten, Zielerreichung. Individuelles Gesundheitscoaching für Zielsetzungen 30 Minuten	<u>Wichtige Ergebnisse</u> LQ Beginn der IG Mittelwert: <ul style="list-style-type: none"> - 10.4 ± 2.27 LQ Beginn KG Mittelwert: <ul style="list-style-type: none"> - 10.04 ± 2.31 LQ hat sich nach neun Wochen in der IG signifikant verbessert im Vergleich zum Prätest: <ul style="list-style-type: none"> - Differenz des Mittelwertes 0.63, $p=0.04$ LQ hat sich nach 20 Wochen in der KG signifikant verschlechtert im Vergleich zum Prätest: <ul style="list-style-type: none"> - Differenz des Mittelwertes -0.7, $p=0.021$ Beim Vergleich zwischen den beiden Gruppen aller Ergebnisse zu den drei Zeitpunkten der Messungen ergab eine signifikante Verbesserung der LQ in der IG zur KG $f=3.172$, $p=0.047$	<u>Stärken</u> <ul style="list-style-type: none"> - Studie aus 2017 - Chancengleichheit - Randomisiert kontrollierte Studie - Stichprobengrösse ausreichend - Mehrere Messzeitpunkte - Outcome, Population, Setting passend <u>Schwächen</u> <ul style="list-style-type: none"> - nur 5 Pflegeheime wurden randomisiert - Leiter der Pflegeheime empfahlen potentielle Teilnehmer. Auswahl könnte verzerrt sein - Interventionszeitraum war eher kurz - Stichprobe bestand nicht nur aus einer Population ältere Menschen, sondern leicht kognitiv beeinträchtigte wurde eingeschlossen

Kuru, N., & Kublay, G. (2017). The effect of laughter therapy on the quality of life of nursing home residents. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 9, 3354–3362.				
Ziel und Design	Population und Stichprobe	Instrument(e) und Intervention	Wichtige Ergebnisse	Stärken Schwächen
<u>Ziel</u> Den Effekt der Lachtherapie auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner zu untersuchen. <u>Design</u> Randomisiert kontrollierte Studie	<u>Population</u> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeheimbewohner zwischen 60 und 79 Jahre - Unabhängigkeit alltäglichen Aktivitäten - Einverständnis abgeben an Studie teilnehmen zu wollen <u>Stichprobe</u> <ul style="list-style-type: none"> - zwei Pflegeheimen mit derselben organisatorischen Struktur - Randomisierung eines Pflegeheimes als KG n= 35 und das andere Pflegeheim als IG n= 35 - Keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen vorhanden 	<u>Instrument(e) (wenn quant. Studie) oder Methode (wenn qual. Studie)</u> -SF 36 Health Survey für die Messung der Lebensqualität <u>Intervention (wenn vorhanden) oder Variable/Phänomen</u> Lachtherapie 21 Sitzungen 2mal wöchentlich, 30- 45 min. (Aufwärmübungen, Händeklatschen, tiefe Atemübungen, Lachübungen, Film ansehen, Spiele spielen, Lieder singen, Wünsche äussern, Lachmeditation: <ul style="list-style-type: none"> - Lachübungen zusammen mit Yoga Atemtechniken - Das Lachen wird durch körperliche Bewegungen vorge täuscht - vorgetäushtes Lachen verwandelt sich in echtes Lachen 	<u>Wichtige Ergebnisse</u> <ul style="list-style-type: none"> - Pretest keine signifikanten Unterschiede ($p=0.892$) der Lebensqualität zwischen der KG (90.06 ± 21.26) und IG (89.32 ± 20.69) - Posttest signifikanten Unterschiede ($p < 0.01$) in der Lebensqualität zwischen der KG (93 ± 20.78) und der IG (125.18 ± 11.49) - Punktzahl der LQ in der IG hat sich erhöht nach der Lachtherapie → bessere LQ - Dimensionen der LQ ergaben in der IG eine Verbesserung des Mittelwertes nach der Intervention. Dies war signifikant in allen Dimensionen und gab überall einen $p=0.000$ 	<u>Stärken</u> <ul style="list-style-type: none"> - Population, Outcome, Setting passend zur Fragestellung - Intervention kann auch in den Pflegeheimen hier angewendet werden - gibt keine Unterschiede zwischen KG und IG, Resultate nicht auf etwas anderes zurückzuführen - Stichprobe ausreichend gross gewählt - Veröffentlichung 2016 <u>Schwächen</u> <ul style="list-style-type: none"> - Wurde in der Türkei durchgeführt - Gar keine Verblindung stattgefunden

Lok, N., Lok, S., & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> , 7, 92–98.				
Ziel und Design	Population und Stichprobe	Instrument(e) und Intervention	Wichtige Ergebnisse	Stärken Schwächen
<u>Ziel</u> Die Studie zielt darauf ab, den Effekt eines körperlichen Aktivitäten Programms, bei älteren Individuen, welche in einem Pflegeheim leben und depressive Symptome aufweisen, bezüglich deren depressiven Symptome und der Lebensqualität zu bestimmen. <u>Design</u> Einfach verblindete randomisierte kontrollierte Studie	<u>Population</u> Ältere Personen die älter als 65 Jahre alt sind und in einem Pflegeheim wohnen <u>Stichprobe</u> <ul style="list-style-type: none"> - Endgültige Stichprobe bestand aus 80 Personen. - Die Teilnehmer wurde in eine KG n= 40 und eine IG n= 40 randomisiert. Dies wurde anhand des randomizer der Web Page www.randomizer.org/form.htm durchgeführt. - Berechnungen ergaben, dass 76 Individuen erforderlich wären, um Effekte testen zu können. Somit war die Stichprobengröße ausreichend gewählt. 	<u>Instrument(e) (wenn quant. Studie) oder Methode (wenn qual. Studie)</u> Für die Datensammlung wurden folgende Instrumente gewählt: <ul style="list-style-type: none"> - SF 36 quality of life scale → zur Bestimmung der Lebensqualität Die Daten wurden durch persönliche Interviews erhoben. <u>Intervention (wenn vorhanden) oder Variable/Phänomen</u> <ul style="list-style-type: none"> - zehnwöchiges körperliches Aktivitätenprogramm für die IG bestehend aus 10min Einwärmen, 20min rhythmische Übungen, 10min cool down Übungen und 30min freies Gehen / Spazieren 	<u>Wichtige Ergebnisse</u> Die LQ war beim Vergleich der IG mit KG nach dem 10- wöchigem Programm in der IG signifikant besser als in der KG ($p < 0.05$) Dimensionen der LQ ergaben in allen eine signifikante Verbesserung: der IG von Beginn bis Post Intervention: <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Gesundheit: $z = 2.809$, $p = 0.001$ - Körperliche Funktion: $z = 0.202$, $p = 0.02$ - Schmerzen: $z = 2.786$, $p = 0.001$ - Generelle Gesundheit: $z = 5.231$, $p = 0.02$ - Mentale Gesundheit: $z = 6.880$, $p = 0.001$ - Emotionale Rolle: $z = 14.523$, $p = 0.001$ - Soziale Funktion: $z = 0.944$, $p = 0.03$ - Vitalität: $z = 0.087$, $p = 0.03$ 	<u>Stärken</u> <ul style="list-style-type: none"> - aktuelle Studie 2017 durchgeführt - Intervention in allen Pflegeheimen möglich durchzuführen - Stichprobengröße ausreichend gross - Population, Outcome, Setting passend <u>Schwächen</u> <ul style="list-style-type: none"> - keine Konfidenzintervalle angegeben - in Antalya (Türkei) durchgeführt → kulturelle Unterschiede

10.3 Anhang C: Kritische Beurteilungen

Kritische Beurteilung Nijs et al. (2006)

Quelle:

Nijs, K. A. N. D., De Graaf, G., Kok, F. J., & Van Staveren, W. A. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents. *British Medical Journal*, 1180–1183.

Ziel:

Soll gezeigt werden, dass bei den Pflegeheimbewohner, welche ihre Mahlzeiten in Familienart erhalten, die Lebensqualität, die körperliche Leistungsfähigkeit und das Körpergewicht stabil bleibt, jedoch bei den Bewohnern, die den üblichen Services erhalten abnehmen werden.

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Durch eine Anzeige in einem Magazin (Prismant) wurden Pflegeheime eingeladen an der Studie teilzunehmen. Insgesamt haben 53 Pflegeheime Interesse gemeldet. Die Pflegeheime mussten eine mittlere Grösse (175-275 Bett) aufweisen mit einer allgemeinen Pflegeheimpopulation (chronisch-somatische Krankheiten, Langzeitpflege). Sie sollten sich in unterschiedlichen Teilen des Landes befinden, mussten sich ähnlich sein bei der Anzahl der Mitarbeiter, Disziplinen, Ausbildung der Betreuer, Neuartigkeit der Infrastruktur, Standorte und Heimaktivitäten. Schlussendlich nahmen 5 Pflegeheime, die den Kriterien entsprachen an der Studie teil. Jedes Pflegeheim hatte eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe. Um die Zuteilung der Stationen zu verblinden, gab es keinen Besuch der Pflegeheime durch die Studienverantwortlichen, sowie keinen Kontakt mit dem Personal oder den Pflegeheimen vor der Zuteilung. Die Stationen mit dem Anfangsbuchstaben, welche als erste im Alphabet vorkamen wurden die Interventionsgruppen. Erst nach dieser Prozedur kam es zu einem Besuch der Studienverantwortlichen der Pflegeheime und des Personals.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in der Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Total wurden 282 Bewohner von den fünf Pflegeheimen rekrutiert. Diese erhielten eine Informationsbroschüre, der Zweck der Studie und ein Studienprotokoll. Von den 282 Bewohnern nahmen schlussendlich 244 Bewohner an der Studie teil, denn 32 gaben keine Antwort zur Teilnahme, 2

		<p>wurden künstlich ernährt, 2 waren in der terminalen Phase und 1 Person war komatös. Die Kontrollgruppe bestand zu Beginn aus 112 Personen. Die Intervention dauerte 6 Monate, nach dieser Zeit waren noch 83 Personen in der Kontrollgruppe die ausgewertet wurden. 18 Personen verstarben, fünf wurden entlassen, drei kamen in ein anderes Pflegeheim und drei sind ausgeschieden.</p> <p>Die Interventionsgruppe bestand zu Beginn aus 133 Personen. nach der Intervention waren noch 95 Personen, die ausgewertet wurden. 16 Personen verstarben, 14 sind ausgeschieden, zwei kamen in ein anderes Pflegeheim und sechs wurde auf eine andere Station verlegt.</p>
	3. Waren die Teilnehmer das Personal und die Untersucher verblindet?	<p>Das Personal kannte die Teilnehmer an der Studie, jedoch wurde in jedem Pflegeheim ein streng standardisiertes Implementierungsverfahren befolgt. Dies bedeutete, dass das Personal während der Studiendauer nur die Interventionsgruppe servierte oder nur die Kontrollgruppe, nicht beide. Die Untersucher wussten, welche Station in welcher Gruppe waren, daher nicht verblindet. Aber bei der Zuteilung der Stationen in die Interventions- oder Kontrollgruppe waren die Untersucher verblindet.</p>
	4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<p>Die beiden Gruppen waren sich ähnlich, dabei wurden auch klare Ein- und Ausschlusskriterien bestimmt. Der Mittelwert des Alters der Interventionsgruppe war 78 (11.1) / Median 23 (12-48), der Kontrollgruppe 75 (9.9) / Median 32 (9-52). Der Mittelwert der Punkte bei der Lebensqualitätsskala waren in beiden Gruppen ähnlich, Interventionsgruppe 60 (13.4), Kontrollgruppe 59 (13.5), Lediglich gab es in der Interventionsgruppe mehr Frauen Mittelwert 67 (70), als in der Kontrollgruppe Mittelwert 46 (55)</p>
	5. Wurden die Untersuchungsgruppen- abgesehen von der Intervention- gleich behandelt?	<p>Ja, beide wurden ausser der Intervention gleichbehandelt. Dabei ist auszuschliessen, dass die Ergebnisse durch andere Faktoren beeinflusst wurden. Beide Gruppen nahmen ihre Mahlzeiten in den Pflegeheimen ein und auch das Gewicht und der Nährstoffgehalt der Mahlzeiten waren in beiden Gruppen gleich. Die Pflegekräfte in der Interventionsgruppe, die den Bewohnern bei der Ernährung halfen, wurden darin geschult, die gleiche Menge an Essen wie vor der Intervention zu bestellen. Das Küchenpersonal sorgte dafür, dass beide Stationen identisches Essen erhielten. Der einzige Unterschied war der Zeitpunkt der Auswahl des Essens.</p>

	6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeordneten Gruppe bewertet?	Alle Teilnehmer, die am Ende der Interventionsdauer von 6 Monaten noch dabei waren, wurden bewertet. Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe
	7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Ja die Grösse der Stichprobe war ausreichend gewählt. Da den Berechnungen zufolge wären in jeder Gruppe 60 Personen nötig gewesen, um eine signifikante Differenz erzielen zu können, bei einem fünf Prozent Level mit einer 90% statistischen Aussagekraft. Die 60 Personen die nötig wären wurden mal zwei multipliziert für jede Gruppe, weil sie einen 50% Studienabbruch erwarteten. Somit hatten die Untersucher am Ende der Intervention in beiden Gruppen mehr als 60 Personen zur Auswertung. Da weniger ausgefallen sind als erwartet.
	8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Es gab frühere Untersuchungen, die zeigten, dass die Bewohner eines Pflegeheims von dieser Intervention profitierten. Jedoch waren dort nur Pflegeheime mit Dementen Personen involviert. Daher wurde in dieser Studie, diese Population explizit ausgeschlossen. Gibt sonst nur eine kleine Anzahl von Studien, welche den Effekt dieser Intervention messen. Die Pilotstudie dieser Studie ergab gleiche Resultate wie diese Studie aber die statistische Aussagekraft war zu niedrig, um Schlussfolgerungen zu ziehen.
Aussagekraft		
	9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Die Differenz der Mittelwerte zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe in der Lebensqualität war statistisch signifikant 6.1, KI von 95% 2.1 bis 10.3). Während in der Interventionsgruppe der Mittelwert der Punktzahl stabil blieb ($\beta=0.4$, KI 95% -1.8 zu 2.5), nahm der Mittelwert der Punktzahl bezüglich Lebensqualität in der Kontrollgruppe ab ($\beta=-5.0$, KI -9.4 zu -0.6). Dimensionen der Lebensqualität: Psychosoziale Funktion Kontrollgruppe Mittelwert 55, SD 21.9, $\beta=-6.2$, KI -10.7 bis -1.8 wahrgenommene Sicherheit Mittelwert 78 SD 26.5, $\beta=-8.7$, KI -17.2 bis -0.2 Differenz der Veränderung zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe: körperliche Funktion $\beta=5.1$, KI 0.8 bis 9.4 Psychosoziale Funktion $\beta=7.3$, KI 1.6 bis 13.1 Wahrgenommene Sicherheit $\beta=16.6$, KI 4.3 bis 28.9
	10. Sind die Unterschiedlichen Ergebnissen nicht nur auf	Keine p Werte wurden berechnet

	einen Zufall zurückzuführen?	
	11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Der Konfidenzintervall beträgt bei allen Ergebnissen der Lebensqualität 95%. Bedeutet, dass die Ergebnisse präzise sind
Anwendbarkeit		
	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, alle Patienten befinden sich in einem Pflegeheim und sind älter als 65 Jahre.
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja aufgrund der Intervention könne keine NW hervorgerufen werden und auch für die Teilnehmer bedeutet die Intervention nicht eine sehr grosse Umstellung.
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Ja, die Intervention bedeutet für ein Pflegeheim nur finanzielle Einbussen, weil sie Tischdekorationen zusätzlich kaufen müssen. Die Bewohner eines Pflegeheimes sind durch diese Intervention keinen zusätzliche Risiken ausgesetzt.

Kritische Beurteilung Husebø et al. (2019)

Quelle:

Husebø, B. S., Ballard, C., Aarsland, D., Selbaek, G., Slettebo, D. D., Gulla, C., ... Flo, E. (2019). The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes, 330–339.

Ziel:

Die Studie zielt darauf ab, den Effekt von COSMOS auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern zu untersuchen. Des Weiteren zielt die Studie darauf ab, zu beurteilen ob die Intervention als klinisch relevant beurteilt wurde, die ATL's zu erhöhen und den Medikamentengebrauch und die Belastung des Personals zu verringern.

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	5 Pflegeheime, die den Kriterien entsprachen, nahmen an der Studie teil. Die Pflegeheime mussten eine mittlere Grösse (175-275 Bett) aufweisen mit einer allgemeinen Pflegeheimpopulation (chronisch-somatische Krankheiten, Langzeitpflege). Sie sollten sich in unterschiedlichen Teilen des Landes befinden, mussten sich ähnlich sein bei der Anzahl der Mitarbeiter, Disziplinen, Ausbildung der Betreuer, Neuartigkeit der Infrastruktur, Standorte und Heimaktivitäten.

		Jedes Pflegeheim hatte eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe. Um die Zuteilung der Stationen zu verblinden, gab es keinen Besuch der Pflegeheime durch die Studienverantwortlichen, sowie keinen Kontakt mit dem Personal oder den Pflegeheimen vor der Zuteilung. Die Stationen mit dem Anfangsbuchstaben, welche als erste im Alphabet vorkamen wurden die Interventionsgruppen. Erst nach dieser Prozedur kam es zu einem Besuch der Studienverantwortlichen der Pflegeheime und des Personals
	2. Wie viele Patienten, die anfangs in der Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Von den 282 Bewohnern nahmen schlussendlich 244 Bewohner an der Studie teil, denn 32 gaben keine Antwort zur Teilnahme, 2 wurden künstlich ernährt, 2 waren in der terminalen Phase und 1 Person war komatös. Die Kontrollgruppe bestand zu Beginn aus 112 Personen. Die Intervention dauerte 6 Monate, nach dieser Zeit waren noch 83 Personen in der Kontrollgruppe die Ausgewertet wurden. 18 Personen verstarben, fünf wurden entlassen, drei kamen in ein anderes Pflegeheim und drei sind ausgeschieden. Die Interventionsgruppe bestand zu Beginn aus 133 Personen. nach der Intervention waren noch 95 Personen, die ausgewertet wurden. 16 Personen verstarben, 14 sind ausgeschieden, zwei kamen in ein anderes Pflegeheim und sechs wurde auf eine andere Station verlegt.
	3. Waren die Teilnehmer das Personal und die Untersucher verblindet?	Das Personal kannte die Teilnehmer an der Studie, jedoch wurde in jedem Pflegeheim ein streng standardisiertes Implementierungsverfahren befolgt. Dies bedeutete, dass das Personal während der Studiendauer nur die Interventionsgruppe servierte oder nur die Kontrollgruppe, nicht beide. Die Untersucher wussten, welche Station in welcher Gruppe waren. Bei der Zuteilung der Stationen in die Interventions- oder Kontrollgruppe waren die Untersucher verblindet.
	4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Die beiden Gruppen waren sich ähnlich, dabei wurden auch klare Ein- und Ausschlusskriterien bestimmt. Der Mittelwert des Alters der Interventionsgruppe war 78 (11.1) / Median 23 (12-48), der Kontrollgruppe 75 (9.9) / Median 32 (9-52). Der Mittelwert der Punkte bei der Lebensqualitätsskala waren in beiden Gruppen ähnlich, Interventionsgruppe 60 (13.4), Kontrollgruppe 59 (13.5), Lediglich gab es in der Interventionsgruppe mehr Frauen Mittelwert 67 (70), als in der Kontrollgruppe Mittelwert 46 (55)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen- abgesehen von der Intervention- gleich behandelt?	Ja, beide wurden ausser der Intervention gleichbehandelt. Dabei ist auszuschliessen, dass die Ergebnisse durch andere Faktoren beeinflusst wurden. Beide Gruppen nahmen ihre Mahlzeiten in den Pflegeheimen ein und auch das Gewicht und der Nährstoffgehalt der Mahlzeiten waren in beiden Gruppen gleich. Die Pflegekräfte in der Interventionsgruppe, die den Bewohnern bei der Ernährung halfen, wurden darin geschult, die gleiche Menge an Essen wie vor der Intervention zu bestellen. Das Küchenpersonal sorgte dafür, dass beide Stationen identisches Essen erhielten. Der einzige Unterschied war der Zeitpunkt der Auswahl des Essens.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeordneten Gruppe bewertet?	Alle Teilnehmer, die am Ende der Interventionsdauer von 6 Monaten noch dabei waren, wurden bewertet. Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Ja die Grösse der Stichprobe war ausreichend gewählt. Den Berechnungen zufolge wären in jeder Gruppe 60 Personen nötig gewesen, um eine signifikante Differenz erzielen zu können, bei einem fünf Prozent Level mit einer 90% statistischen Aussagekraft. Die 60 Personen die nötig wären wurden mal zwei multipliziert für jede Gruppe, weil sie einen 50% Studienabbruch erwarteten. Somit hatten die Untersucher am Ende der Intervention in beiden Gruppen mehr als 60 Personen zur Auswertung. Da weniger ausgefallen sind als erwartet.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Es gab frühere Untersuchungen, die zeigten, dass die Bewohner eines Pflegeheims von dieser Intervention profitierten. Jedoch waren dort nur Pflegeheime mit Dementen Personen involviert. Daher wurde in dieser Studie, diese Population explizit ausgeschlossen. Gibt sonst nur eine kleine Anzahl von Studien, welche den Effekt dieser Intervention messen. Die Pilotstudie dieser Studie ergab gleiche Resultate wie diese Studie aber die statistische Aussagekraft war zu niedrig, um Schlussfolgerungen zu ziehen.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Die Differenz der Mittelwerte zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe in der Lebensqualität war statistisch signifikant (β -Koeffizient 6.1, KI von 95% 2.1 bis 10.3). Während in der Interventionsgruppe der Mittelwert der Punktzahl stabil blieb (β -Koeffizient 0.4, KI 95% -1.8 zu 2.5), nahm der Mittelwert der Punktzahl bezüglich Lebensqualität in

		der Kontrollgruppe ab (β -Koeffizient -5.0, KI -9.4 zu -0.6). Dimensionen der Lebensqualität: Psychosoziale Funktion Kontrollgruppe Mittelwert 55, SD 21.9, β - Koeffizient-6.2, KI -10.7 bis -1.8 wahrgenommene Sicherheit Mittelwert 78 SD 26.5, β - Koeffizient -8.7, KI-17.2 bis -0.2 Differenz der Veränderung zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe: körperliche Funktion β - Koeffizient 5.1, KI 0.8 bis 9.4 Psychosoziale Funktion β - Koeffizient 7.3, KI 1.6 bis 13.1 Wahrgenommene Sicherheit β - Koeffizient 16.6, KI 4.3 bis 28.9
	10. Sind die Unterschiedlichen Ergebnissen nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Keine p Werte wurden berechnet
	11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Der Konfidenzintervall beträgt bei allen Ergebnissen der Lebensqualität 95%. Bedeutet, dass die Ergebnisse präzise sind
Anwendbarkeit		
	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, alle Patienten befinden sich in einem Pflegeheim und sind älter als 65 Jahre.
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja aufgrund der Intervention könne keine NW hervorgerufen werden und auch für die Teilnehmer bedeutet die Intervention nicht eine sehr grosse Umstellung.
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Ja, die Intervention bedeutet für ein Pflegeheim nur finanzielle Einbussen, weil sie Tischdekorationen zusätzlich kaufen müssen. Die Bewohner eines Pflegeheimes sind durch diese Intervention keinen zusätzliche Risiken ausgesetzt.

Kritische Beurteilung Kuru & Kublay (2017)

Quelle:

Kuru, N., & Kublay, G. (2017). The effect of laughter therapy on the quality of life of nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 3354–3362.

Ziel:

Den Effekt der Lachtherapie auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner zu untersuchen.

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Die Teilnehmenden in der Studie sind Bewohner von zwei Unterschiedlichen privaten Pflegeheimen. Beide Pflegeheime haben die gleiche Organisationscharakteristik, Management, Sozialdienstleistungen und Pflegeprozess. Mit festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien wurden mögliche Teilnehmer identifiziert. Schlussendlich konnten 70 Pflegeheimbewohner für die Studie rekrutiert werden. 35 Pflegeheimbewohner von einem Pflegeheim bildeten die Interventionsgruppe, während die Kontrollgruppe aus 35 Pflegeheimbewohner vom anderen Pflegeheim bestand.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in der Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Die Interventionsgruppe war am Ende reduziert auf 32 Teilnehmenden, weil eine Person gestorben ist und zwei Personen mussten auf eine Intensivstation verlegt werden. Die Kontrollgruppe war am Ende reduziert auf 33 Teilnehmenden, eine Person starb und eine andere verließ das Pflegeheim.
3. Waren die Teilnehmer das Personal und die Untersucher verblindet?	Es gab keine Verblindung. Ein Pflegeheim mit den Teilnehmenden wurde als Interventionsgruppe festgelegt und das andere Pflegeheim mit den Teilnehmenden als Kontrollgruppe. Die Forscher der Studie hatten das Programm für die Lachtherapie geplant und durchgeführt daher wäre eine Verblindung unmöglich gewesen.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Ja, die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe waren sich zu Beginn der Studie ähnlich. Die Kontrollgruppe bestand aus 15 Frauen (45.5%) und 18 Männer (55.5%), während die Interventionsgruppe aus 16 Frauen (50%) und 16 Männern (50%). In der Kontrollgruppe gab es sechs Personen die 50-59 (18.2%) Jahre alt waren, neun die 60-69 (27.3%) Jahre alt waren, 13 die 70-79 (39.4%) Jahre alt waren und fünf die 80-89 (15.2%) Jahre alt waren. In der Interventionsgruppe waren drei Teilnehmende 50-59 (9.4%) Jahre alt, 13 Personen 60-69 (40.6%) Jahre alt, neun Personen 70-79 (28.1%) Jahre alt und sieben Personen 80-89 (21.9%) Jahre alt. Bezüglich der Bildung gab es in der Interventionsgruppe mehr Teilnehmende, welche die High school abgeschlossen hatten (n=10, 31.3%) und die in der Universität (n=6, 18.2%) waren. Im Gegensatz zu der Kontrollgruppe High School (n= 4, 12.1%), Universität (n= 2, 6.1%). Die meisten in der Kontrollgruppe waren primary school Abschlüsse (n= 16, 48.5%), während in der Interventionsgruppe die meisten, die High school

		abgeschlossen hatten (n= 10, 13.3%). Auch bei der Messung der Lebensqualität gab es vor der Intervention keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe $p= 0.892$. Der Mittelwert der Interventionsgruppe lag bei $89.32^{+20.63}$ und bei der Kontrollgruppe $90.62^{+21.62}$.
	5. Wurden die Untersuchungsgruppen- abgesehen von der Intervention- gleich behandelt?	In der Studie wurden keine anderen Einflüsse erwähnt, welche die Ergebnisse beeinflusst haben könnten. Somit wurden beide Gruppen ausser der Lachtherapie, welche in der Interventionsgruppe durchgeführt wurde, gleichbehandelt.
	6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeordneten Gruppe bewertet?	Ja, alle Teilnehmer, die am Ende noch dabei waren, wurden bewertet. Es gab keinen Wechsel in die andere Gruppe
	7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Ja die Stichprobe war ausreichend gross gewählt, um signifikante Effekte nachweisen zu können. Anhand des Programmes G- Power wurde der Stichprobenumfang berechnet. Die geschätzte Stichprobe wurde gemessen, indem die durchschnittliche Veränderung nach der Therapie vorhergesagt wurde. Dabei wurde errechnet, dass eine 90% Power mit einem Konfidenzintervall von 95% erreicht werden kann, wenn 62 Teilnehmer (31 in jeder Gruppe) dabei waren. Diese Anzahl Teilnehmer war in beiden Gruppen vorhanden.
	8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Forschungen über die Evaluation des Effektes der Lachtherapie auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern sind begrenzt. Vorherige experimentelle und quasi- experimentelle Studien haben gezeigt, dass Lachtherapie die Lebensqualität und positive Emotionen von Pflegeheimbewohnern erhöht. Diese Resultate sind parallel zu den Resultaten dieser Studie. Die Lachtherapie hatte in der Studie auch auf andere Outcomes wie Schmerzen, körperliche Funktion oder Vitalität einen positiven Effekt, diese Resultate konnten auch in vorherigen Studien belegt werden.
	Aussagekraft	
	9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Pretest keine signifikanten Unterschiede ($p=0.892$) der Lebensqualität zwischen der KG (90.06 ± 21.26) und IG (89.32 ± 20.69) Posttest signifikanten Unterschiede ($p < 0.01$) in der Lebensqualität zwischen der KG (93 ± 20.78) und der IG (125.18 ± 11.49) Punktzahl der LQ in der IG hat sich erhöht nach der Lachtherapie bessere LQ

		Dimensionen der LQ ergaben in der IG eine Verbesserung des Mittelwertes nach der Intervention. Dies war signifikant in allen Dimensionen und gab überall einen $p=0.000$
	10. Sind die Unterschiedlichen Ergebnissen nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Nach der Lachtherapie gab es eine statistisch signifikante Differenz ($p=0.01$) der Lebensqualität zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe. Alle Dimensionen der LQ sind nach der Intervention in der Interventionsgruppe signifikant besser als in der Kontrollgruppe ($p= 0.000$).
	11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Der Konfidenzintervall war in der Studie bei 95%.
	Anwendbarkeit	
	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Die Studie wurde in der Türkei durchgeführt, daher muss auch der kulturelle Unterschied beachtet werden. Jedoch waren die Teilnehmer in der Studie alle in einem Pflegeheim, entsprachen dem Alter und dem Krankheitsstadium unserer Fragestellung. Daher kann man annehmen, dass auch bei unseren Patienten eine solche Therapie angewendet werden könnte.
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Keine Nebenwirkungen wurden beschrieben oder dass die Probanden / innen nicht Compliant waren.
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Lediglich muss beachtet werden, dass die Lachtherapie durch speziell geschulte Forscher, welche einen Kurs absolviert hatten durchgeführt wurde. Daher muss bedacht werden, dass die Therapie zusätzliche Kosten verursachen könnte, wenn eine ausgebildete Person diese Therapie wöchentlich im Pflegeheim durchführt. Natürlich könnte man auch das Pflegepersonal darin schulen, was aber einen Mehraufwand für die Pflege bedeuten würde. Diese Zeit zur Durchführung der Lachtherapie müsste dem Pflegepersonal zugesprochen werden und wöchentlich eingeplant werden.

Kritische Beurteilung von Olsen et al. (2016)

Quelle:

Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Patil, G., & Ihlebæk, C. (2016). Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 1312–1321.

Ziel:

Die möglichen Auswirkungen auf Depression, Unruhe und Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung durch eine Intervention mit tiergestützten Aktivitäten zu Untersuchen.

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<p>Die Teilnehmer für die Studie waren aus einem Pflegeheim und mussten den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65 Jahre oder älter - eine Demenz oder ein kognitives Defizit von weniger als 25 Punkten beim Mini- Psychiatrietest haben. - Bewohner die Angst vor Hunden hatten oder Hundeallergie wurden ausgeschlossen. <p>Es wurden 10 Pflegeheime ausgewählt, von diesen wurden je 5- 8 Teilnehmer vom Gesundheitspersonal rekrutiert. Mittels Computergenerierten Zufallszahlen wurden die Pflegeheimen in eine Interventionsgruppe (n=28) oder eine Kontrollgruppe (n=30) randomisiert.</p>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in der Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<p>Von 130 möglichen Pflegeheimbewohnern aus den 10 Pflegeheimen haben sich 58 (45%) zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt. Sieben Teilnehmer (12%) sind während der Studienzeit verstorben, davon 3 Teilnehmer in der Interventionsgruppe und 4 Teilnehmer in der Kontrollgruppe. Somit waren am Ende der Studie noch 51 Teilnehmer, 27 in der Kontrollgruppe und 24 in der Interventionsgruppe dabei. Zwei Teilnehmer in der Interventionsgruppe und ein Teilnehmer in der Kontrollgruppe stiegen nach der Basisdatenerhebung aus, wurden aber trotzdem in der Studienpopulation aufgenommen.</p>
3. Waren die Teilnehmer das Personal und die Untersucher verblindet?	<p>Die Studie war nicht verblindet. Der Forscher wusste, welche Teilnehmer in der Kontrollgruppe waren und welche Teilnehmer in der Interventionsgruppe.</p> <p>Eine Verblindung des Forschers wäre möglich gewesen, damit er nicht weiss welche Teilnehmer in welcher Gruppe sind. Die Teilnehmer zu verblinden wäre aber schwierig gewesen bei einer Interventionsstudie. Da sie herausfinden können wer in welcher Gruppe ist, weil sie während der Aktivitäten getrennt wurden und die Kontrollgruppe keine Intervention erhalten hat.</p>

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Die Gruppen hatten keine signifikanten Unterschiede. In der Kontrollgruppe gab es 17 (65.4) Frauen und in der Interventionsgruppe gab es 15 (60.0), ($P=0.69$). Auch im Alter ($P=0.60$) gab es keinen signifikanten Unterschied. In der Kontrollgruppe war das mittlere Alter 84.1 und in der Interventionsgruppe 82.9. In der Bildung gab es keine signifikanten Unterschiede ($P=0.20$).
5. Wurden die Untersuchungsgruppen- abgesehen von der Intervention- gleich behandelt?	Die beiden Gruppen wurden gleichbehandelt. In den 12 Wochen der Intervention, wurde in der Kontrollgruppe keine neuen Aktivitäten angeboten, auch ihre Therapien / Behandlungen fanden wie gewohnt statt. Dies sind verschiedenen Gruppenaktivitäten wie Muskeltherapie, Singen, Bewegung, Kochen und Basteln.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeordneten Gruppe bewertet?	Die 3 Teilnehmer, die nach Beginn der Studie ausstiegen, wurden im Posttest (T1) und Follow-up (T2) nicht bewertet. Die Restlichen Teilnehmer wurden bis zum Ende der Studie bewertet. Keine Teilnehmer wechselten die Gruppe.
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Anhand einer Statistischen Software wurde ausgerechnet, wieviel Teilnehmer optimal wäre an der Studie teilnehmen. Dies ergab, dass in jeder Gruppe 30 Personen sein sollten. Dabei wurde ein 20% Dropout kalkuliert. In der Studie konnten signifikante Effekte nachgewiesen werden mit einem Alpha 0.05 und einer mindestens signifikanten Differenz von 7.0 Punkten SD 8.4
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Die Untersuchungen von früheren Studien stimmen mit dieser Studie überein. Die Intervention hat einen Einfluss bei schwerer Demenz auf die Lebensqualität und die Depression. Bei Demenzerkrankten gehen die Symptome der Depression zurück wie auch in dieser Studie.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Signifikante Effekte der Intervention auf die Lebensqualität konnten bei dem Teilnehmer mit starker Demenz festgestellt werden. Die Mittelwerte der Lebensqualität gemessen anhand des QUALID score sind in der Kontrollgruppe: - $T_0 25.91^{+10.21}$ (n=12), $T_1 27.92^{+10.9}$ (n=12), $T_2 30.91^{+12.15}$ (n=11) Die Mittelwerte in der Interventionsgruppe sind: - $T_0 26.58^{+6.17}$ (n=12), $T_1 24.27^{+6.72}$ (n=11), $T_2 23.18^{+4.40}$ (n=11)

		<p>Die Kontrollgruppe zeigt eine Erhöhung der Mittelwerte im QUALID score bei den Messungen nach 12 Wochen (T1) und beim follow up nach 3 Monaten (T2), was einen Rückgang der Lebensqualität bedeutet. Die Interventionsgruppe zeigt eine Abnahme der Mittelwerte im QUALID score bei T1 und T2, was eine Verbesserung der Lebensqualität bedeutet.</p> <p>In der gesamten Stichprobe und bei den Teilnehmern mit milder Demenz gab es keine signifikante Veränderung der Mittelwerte im QUALID score.</p>
	10. Sind die Unterschiedlichen Ergebnissen nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>In der gesamten Stichprobe von T₀ bis T₁ (p=0.344, t=0.95, KI -5.41 bis 1.92) und von T₀ bis T₂ (p= 0.136, t=1.50, KI -8.34 bis 1.15) war keine signifikante Verbesserung der QUALID Punktzahl vorhanden und somit keine bessere Lebensqualität in der Interventionsgruppe vorhanden im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Ergebnisse sind nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen. Die Lebensqualität der Teilnehmer mit mittlerer Demenz in der Interventionsgruppe: T₀ zu T₁ (p=0.692, t=-0.40) und von T₁ zu T₂ (p=0.643, t=-0.47). Die Lebensqualität der Teilnehmer mit starker Demenz in der Interventionsgruppe hat sich signifikant verbessert von T₀ zu T₁ (p=0.035, t=2.33) und von T₁ zu T₂ (p=0.003, t=3.15).</p>
	11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<p>Der Konfidenzintervall beträgt 95%.</p> <p>Die Lebensqualität der Teilnehmer mit starker Demenz in der Interventionsgruppe hat sich signifikant verbessert im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Gesamtprobe der Lebensqualität hat einen Konfidenzintervall von T₀-T₁: KL 95% (-5.41, 1.92) und bei T₀- T₂ ist der Konfidenzintervall bei KL 95% (-8.34, 1.15). Die LQ bei der leichten bis mittlere Demenz liegt der Konfidenzintervall bei T₀- T₁: KL 95% (-4.27, 6.38) T₀- T₂: KL 95% (-4.85, 7.97) und bei der schweren Demenz bei T₀- T₁: KL 95% (-9.79, -0.37) T₀- T₂: KL 95% (-16.03, -3.54).</p>
Anwendbarkeit		
	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<p>Die Studie ist vor allem für Demenzpatienten. Da unsere Fragestellung alle im Pflegeheim betroffenen Menschen betrifft, könne auch diese Resultate einbezogen werden.</p>
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<p>In der Studie wurden keine Nebenwirkungen dieser Intervention gezeigt.</p>

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Für die Intervention gibt es keine Risiken. Es wird in der Studie nichts über die Kosten geschrieben.
---	---

Kritische Beurteilung von Park et al. (2017)

Quelle:

Park, Y. H., Moon, S. H., Ha, J. Y., & Lee, M. H. (2017). The long-term effects of the health coaching self-management program for nursing-home residents, 1079–1088.

Ziel:

Ziel der Studie ist die Evaluation des Effektes vom Selbstmanagementprogramm HCSMP-NHR, welches entwickelt wurde für ältere Personen mit kognitiver Beeinträchtigung in Pflegeheimen.

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<p>Die Teilnehmer in der Studie sind Pflegeheimbewohner, die 65 Jahre alt sind oder älter. Weitere Ein- und Ausschlusskriterien sind: Teilnehmer mit leichten bis mittlere kognitive Beeinträchtigungen, eine oder mehr chronische Erkrankungen und sie müssen fähig sein zu kommunizieren.</p> <p>Um repräsentative Pflegeheime in der Studie aufzunehmen, wurden fünf Pflegeheime aufgrund einer Reihe von Faktoren wie Grösse, Geschichte, Anzahl des Personals, randomisiert. Mittels einer Computer-randomisierungsmethode wurden die Pflegeheime in eine Interventionsgruppe (n=3) und eine Kontrollgruppe (n=2) eingeteilt. Durch die Leiter der Pflegeheime wurden die Bewohner zur Studienteilnahme empfohlen.</p>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in der Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<p>110 Pflegeheimbewohner aus 5 Pflegeheimen wurden ausgewählt. Den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen 98 Bewohner. 48 Teilnehmer in der Interventionsgruppe und 50 Teilnehmer in der Kontrollgruppe. Nach 9 Wochen wurde ein Teilnehmer aufgrund Verschlechterung der Demenz in der Interventionsgruppe ausgeschlossen. In der Kontrollgruppe wurden 3 Teilnehmer ausgeschlossen, eine Person aufgrund Energiemangels und 2 Bewohner wurden ins Krankenhaus verlegt.</p> <p>Nach 20 Wochen wurden in der Interventionsgruppe 4 Teilnehmer ausgeschlossen, 2 Bewohner aufgrund Energiemangels, ein Bewohner wurde ins Krankenhaus verlegt und ein Bewohner gingen nach Hause. Am Schluss der Studie waren in der Interventionsgruppe</p>

		43 Teilnehmer und in der Kontrollgruppe 47 Teilnehmer.
	3. Waren die Teilnehmer das Personal und die Untersucher verblindet?	Es wurde keine Verblindung gemacht. Die 5 Pflegeheime wurden durch eine computergestützten Randomisierungsmethode in die zwei Gruppen eingeteilt. Diese wurden auf Grundlagen einer Reihe von Faktoren wie; Grösse, Geschichte und Anzahl des Personals ausgewählt. Die Leiter der Pflegeheime haben dann Bewohner für die Studie empfohlen
	4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Das mittlere \pm SD-Alter der 90 Teilnehmer betrug $80,53 \pm 7,55$ Jahre (Bereich 65-99). Kein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen bezüglich des Alters ($p=0.656$) vorhanden. In der Interventionsgruppe waren 32 (74.4%) Frauen, in der Kontrollgruppe waren 39 (83%) Frauen, ergibt keine signifikante Differenz bezüglich des Geschlechts ($p=0.439$) beider Gruppen. Es gab etwa gleich viele Demenzzranke in beiden Gruppen, in der Interventionsgruppe 20 (46.5%) und in der Kontrollgruppe 16 (34%). Die Lebensqualität wurde mit dem von der EuroQoL-Gruppe entwickelten fünfdimensionalen dreistufigen EuroQoL-Fragebogen (EQ-5D-3L) eingeschätzt. Die Antwortskalen für den EQ-5D-3L bestehen aus fünf Punkten, deren Punktzahlen von 1 (extreme Probleme) bis 3 (keine Probleme) reichen. Die Gesamtpunktzahl für die EQ-5 D-3L reicht von 3 (niedrige LQ) bis 15 (hohe LQ). Bezüglich der Lebensqualität gab es zwischen den beiden Gruppen keinen signifikanten Unterschied. Mittelwert in der Kontrollgruppe $10.04^{+2.31}$, Interventionsgruppe $10.40^{+2.27}$, ($p=0.468$)
	5. Wurden die Untersuchungsgruppen- abgesehen von der Intervention- gleich behandelt?	Beide Gruppen wurden gleich behandelt, ausser die Intervention die durchgeführt wurde bei der Interventionsgruppe. Das Gruppencoaching der Interventionsgruppe wurde mit jeweils 8 Teilnehmer pro Gruppe durchgeführt. Danach hatten diese Teilnehmer ein Individuelles Coaching. Die Gesundheitscoaches hatten einen Ausbildungskurs machen müssen. Die Kontrollgruppe führte in dieser Zeit ihren gewohnten Lebensstil weiter.
	6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Alle Teilnehmer, die bis am Ende der Studie noch dabei waren, wurden bewertet. Keine Teilnehmer haben die Gruppe gewechselt.
	7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Stichprobengrösse reicht aus, um eine kleine bis mittlere standardisierte Effektgrösse zu erhalten ($d=0.4$), mit einem Signifikanztest der Power von 70% und einem Alpha-Niveau von 0,05 hat.

	8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Die meisten bestehenden Studien, die bisher mit dieser Intervention gemacht wurden, wurden in den meisten die kognitiv beeinträchtigten Pflegeheimbewohner ausgeschlossen. Die Verbesserung der Selbstwirksamkeit der Ergebnisse dieser Studie stimmte mit den Ergebnissen früherer Studien an älteren Erwachsenen mit Multimorbidität überein. Die Ergebnisse zeigen, dass die Unterstützung einer Intervention mit einem Gesundheitscoaching die Bewohner zur Teilnahme an Interventionsprogrammen motiviert, und so zu einer signifikanten Steigerung der Selbstwirksamkeit der Bewohner führt.
Aussagekraft		
	9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	In der Interventionsgruppe ist der zu Beginn der Mittelwert bei der Lebensqualität 10.4, SD 2.27 und bei der Kontrollgruppe 10.04, SD 2.31 Nach den 9 Wochen ist der Mittelwert bei der Interventionsgruppe 11.02, SD 2.43 und bei der Kontrollgruppe 9.79, SD 2.58. Die Differenz des Mittelwerts von Beginn der Studie bis zu den 9 Wochen ist in der Interventionsgruppe 0.63, und bei der Kontrollgruppe bei -0.09. Der Mittelwert nach den 20 Wochen ist in der Interventionsgruppe bei 10.72, SD 2.52 und bei der Kontrollgruppe 9.34, SD 1.96. Die Differenz des Mittelwerts beträgt in der Interventionsgruppe 0.33 und in der Kontrollgruppe -0.7.
	10. Sind die Unterschiedlichen Ergebnissen nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Die kurzfristigen Ergebnisse nach den 9 Wochen haben ergeben, dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikant bessere Lebensqualität ($P=0,04$) hatten. Die Ergebnisse nach 20 Wochen zeigten in der Interventionsgruppe keine Veränderung der Lebensqualität ($P=0,276$), aber die Teilnehmer der Kontrollgruppe wiesen eine signifikante Verschlechterung der Lebensqualität ($P=0,021$) auf. Der zeitliche Vergleich zwischen den Gruppen von Beginn, nach neun und nach 20 Wochen zeigte für die Interventionsgruppe signifikant bessere Ergebnisse bei der Lebensqualität ($P=0,047$).
	11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Es wurden keine Konfidenzintervalle ausgewertet und beschreiben.
Anwendbarkeit		
	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, die Ergebnisse können auf unsere Fragestellung übertragen werden, da das durchschnittliche Alter der Teilnehmer 65 Jahre und mehr sind und diese in einem Pflegeheim sind. Die Studie beinhaltet Teilnehmer mit einer leichten bis mässige kognitive Beeinträchtigung, was einen Teil unserer Fragestellung betrifft.

	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Die Studie weist keine Nebenwirkungen auf. Daher nehmen die Autorinnen an, dass es keine Nebenwirkungen in diesen Interventionen gibt.
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	In der Studie werden keine Kosten erwähnt. Die Intervention benötigt viel Zeit und die Coaches müssen eine Ausbildungskurs machen. Es werden keine Risiken erwähnt bei diesen Interventionen.

Kritische Beurteilung von Lok et al. (2017)

Quelle:

Lok, N., Lok, S., & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 7, 92–98.

Ziel:

Die Studie zielt darauf ab, den Effekt eines körperlichen Aktivitäten Programms, bei älteren Individuen, welche in einem Pflegeheim leben und depressive Symptome aufweisen, bezüglich deren depressiven Symptome und der Lebensqualität zu bestimmen.

Glaubwürdigkeit		
	1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Für die Studie wurde ein Pflegeheim in Antalya, in der Türkei ausgewählt. Die Teilnehmer an der Studie waren Bewohner des Pflegeheimes. Zur Rekrutierung wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Die Teilnehmer an der Studie wurden anhand der einfachen Randomisierung in eine Kontroll- und Interventionsgruppe zugeteilt. Per PC wurde eine Website zur Randomisierung verwendet. Somit konnte eine verdeckte Zuteilung erfolgen und jeder Teilnehmer hatte die gleichen Chancen in die Kontroll- oder Interventionsgruppe zu gelangen.
	2. Wie viele Patienten, die anfangs in der Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	80 Pflegeheimbewohner wurden für die Studie aufgenommen. Diese entsprachen den Ein- und Ausschlusskriterien. Dabei wurden 40 in die Kontrollgruppe und 40 in die Interventionsgruppe zugeteilt. Alle 80 Personen nahmen bis zum Schluss an der Studie teil und wurden ausgewertet.
	3. Waren die Teilnehmer das Personal und die Untersucher verblindet?	In dieser Studie gab es keine Verblindung. Da es dieselbe Person war, die die Daten vor und nach dem Test sammelte und das Programm für die körperliche Aktivität durchführte. Eine Verblindung

		<p>wäre ethisch vertretbar gewesen, jedoch hätten die Bewohner selber herausgefunden wer in der Interventionsgruppe ist und wer in der Kontrollgruppe, da die Interventionsgruppe ein Programm für körperliche Aktivitäten durchführten und die Kontrollgruppe nicht. Auch die Person, welche das Programm mit den Bewohnern durchführte, hätte gesehen, welche Pflegeheimbewohner in welcher Gruppe sind.</p> <p>Jedoch hätte eine Verblindung stattfinden können indem eine andere Person die Daten vor dem und nach dem Test sammelte, welche keine Ahnung hatte wer in welcher Gruppe ist.</p>
	4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<p>Zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Geschlechtes ($p=0.41$), Ehestatus ($p=0.48$), Ausbildungslevel ($p=0.72$) und BMI ($p=0.56$).</p> <p>Die Population in der Studie bestand aus älteren Personen, älter als 65 Jahre, welche in einem Pflegeheim leben.</p> <p>Die Daten Depressionslevel und Lebensqualität, welche erhoben wurden, wurden anhand der Beck Depression Inventors und der SF36 quality of life scale erhoben. Die Pretest und Posttest Daten der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe wurden durch persönliche Interviews erhoben. Dies wurde in einem Raum im Pflegeheim gemacht.</p>
	5. Wurden die Untersuchungsgruppen- abgesehen von der Intervention- gleich behandelt?	<p>Die Untersuchungsgruppen wurden abgesehen von der Intervention gleich behandelt. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Pflege und es waren keine neu geplanten Implementierungen vorgesehen. Während der Aktivität hatte die Interventionsgruppe keine Interaktion mit der Kontrollgruppe.</p>
	6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeordneten Gruppe bewertet?	<p>Alle wurden bewertet, es gab keinen Wechsel in eine andere Gruppe</p>
	7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<p>Berechnungen der Stichprobengrösse ergaben, dass 76 Individuen erforderlich wären, um Effekte testen zu können die signifikant sind. In der Studie wurden 80 Pflegeheimbewohner eingeschlossen was bedeutet, dass die Stichprobengrösse ausreichend gewählt war, um einen Effekt nachweisen zu können.</p>
	8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	<p>Ja auch in anderen Untersuchungen wurde festgestellt, dass regelmässige körperliche Bewegung sich positiv auf die Lebensqualität der Pflegeheimbewohnern auswirkt.</p>

Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<p>Diese wurde vor und nach dem Programm für körperliche Aktivität durchgeführt und dabei wurde der Unterschied zwischen der Gesamtpunktzahl der Skala untersucht. Folgende Punkte werden bei der SF 36 quality of life scale angeschaut. Erfassung der LQ, Werte der Interventionsgruppe Beginn / Post Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Gesundheit: Median 50.00 (44.00–52.50) / 70 (58.00–74.50) - Körperlich Rolle: Median 53.00 (45.00–56.00) / 69.00 (59.50–73.50) - Schmerzen: Median 48.00 (41.50–50.50) / 68.00 (61.50–71.50) - Generelle Gesundheit: Median 36.00 (27.50–39.50) / 62.00 (52.50–66.50) - Vitalität: Median 43.00 (29.50–47.00) / 60.00 (53.50–61.00) - Sozial Funktion: Median 35.00 (29.50–47.00) / 64.00 (59.50–67.00) - Emotionale Rolle: Median 44.00 (35.50–47.00) / 53.00 (48.50–54.00) - Mentale Gesundheit: Median 40.00 (31.50–43.00) / 61.00 (53.50–63.00), <p>Bei all diesen Punkten wurde der Medianwert angegeben, jeweils vor der Intervention und nach der Intervention. Dieser ist bei der Interventionsgruppe nach dem «Programm für körperlichen Aktivität» bei jedem Punkt gestiegen. Hingegen bei der Kontrollgruppe gleich geblieben oder gesunken. Deshalb wurden diese nicht aufgeführt, da diese nicht signifikant sind.</p>
10. Sind die Unterschiedlichen Ergebnissen nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>Es wird jeweils zu jedem Punkt der SF36 quality of life scale ein p- Wert angegeben, um die Werte vor- und nach der Intervention, sowie die Werte zwischen der Intervention und der Kontrollgruppe nach der Intervention zu vergleichen. In dieser Studie wurde ein Alpha < 0.05 als signifikant eingestuft</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Gesundheit z=2.809, p=0.001 - Körperliche Funktion z=0.202, p=0.02 - Schmerzen z=2.786, p=0.001 - Generelle Gesundheit z=5.231, p=0.02 - Mentale Gesundheit z=6.880, p=0.001 - Emotionale Rolle z=14.523, p=0.001 - Soziale Funktion z=0.944, p=0.03 - Vitalität z=0.087, p=0.03
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Es wurden keine Konfidenzintervalle angegeben / berechnet

Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Die Resultate könne auf alle älteren Patienten in Pflegeheimen übertragen werden. Die Studie zeigt, dass die körperliche Aktivität, welche für 10 Wochen regelmässig durchgeführt wurde, einen positiven Effekt auf die Lebensqualität der älteren Personen hat. Dabei wird empfohlen, dass Pflegende, die mit älteren Menschen arbeiten, routinemässig Bewegungsprogramme durchführen.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Es wurden keine Nebenwirkungen aufgelistet und die Compliance war auch vorhanden, da am Ende der Studie immer noch alle zu Beginn rekrutierten Teilnehmer dabei waren.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die Kosten wurden nicht aufgezeigt. Die Autorinnen nehmen an, dass die Intervention keinen Kostenaufwand für eine Institution hat, den jede Pflegende weiss, was für kleine Übungen gemacht werden können, um eine körperliche Aktivität mit den Bewohnern durchführen zu können. Das Problem ist eher die Zeit, welche oft nicht vorhanden ist. Daher müsste dies durch die Institution fest eingeplant werden und Zeitfenster vereinbart werden.