



**FACHHOCHSCHULE
WIENER NEUSTADT**
Austrian Network for Higher Education



**CAMPUS
RUDOLFINERHAUS**
Die erste Adresse für Bildung in der Pflege

EINE KOOPERATION VON FH WIENER NEUSTADT UND CAMPUS RUDOLFINERHAUS WIEN

Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege
Studiengangsleiterin: Mag.^a Elisabeth Sittner

Lebensqualität von Menschen mit COPD

Bachelorarbeit 2
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science in Health Studies (B.Sc.)

eingereicht von

Laura Tampier

Matrikelnummer:

1510654020

Betreuerin:

Colombine Eisele, Dipl. Pflegepäd.ⁱⁿ (FH)

Wien und Wiener Neustadt, 27.04.2018

Zusammenfassung

Hintergrund: Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) stellt eine der häufigsten chronischen Krankheiten in unserer Gesellschaft dar. COPD-Betroffene haben mit verschiedensten Einschränkungen im Leben zu kämpfen, welche sich in weiterer Folge auf deren Lebensqualität auswirken. Das Lebensqualitätsmodell nach Ferrell et al. (1995) und das Pflegemodell „Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker“ von Grypdonck aus dem Jahr 1996 bilden den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, wie die Aspekte der Lebensqualität nach Ferrell et al. (1995) von der chronischen Erkrankung COPD beeinflusst werden.

Methodik: Zur Bearbeitung dieser Thematik wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Für die Recherche wurden verschiedene pflegerelevante Datenbanken, wie CINAHL, Medline und Bibnet, herangezogen. Nach Einschätzung und Beurteilung der Literatur konnten insgesamt 14 Studien eingeschlossen werden, anhand welcher die Fragestellung beantwortet wurde.

Ergebnisse: Die chronische Erkrankung COPD beeinflusst den körperlichen, den seelischen, den sozialen und den spirituellen Aspekt der Lebensqualität. Betroffene erleben Einschränkungen in allen vier Bereichen, welche zu einer negativen Auswirkung auf die Lebensqualität führen. Neben den Symptomen, die zu den Einschränkungen führen, konnten ebenfalls Einflussfaktoren auf die Lebensqualität identifiziert werden.

Schlussfolgerung: COPD ist eine Erkrankung, die erhebliche Auswirkung auf die Lebensqualität Betroffener aufweist. Das Lebensqualitätsmodell nach Ferrell et al. (1995) weist im Vergleich mit den Ergebnissen aus der Literatur viele Übereinstimmungen auf, weshalb schlussfolgernd die Erkenntnis gezogen werden konnte, dass das Modell auf die chronische Erkrankung COPD umgelegt werden kann. In Anbetracht des Pflegemodells von Grypdonck (1996) im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit lässt sich schließen, dass die Pflege in der Betreuung COPD-Betroffener eine wichtige Rolle einnimmt und die Lebensqualität positiv beeinflussen kann.

Schlüsselwörter: COPD, Lebensqualität, Auswirkungen

Abstract

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the most common diseases in our society. People suffering from COPD live with various impacts in their life, which consequently affects their quality of life. The model of quality of life after Ferrell et al. (1995) and the model "Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker" by Grypdonck (1996) form the theoretical background of this thesis.

Aim: The aim of this thesis is to identify how the aspects of quality of life after Ferrell et al. (1995) were affected by COPD.

Method: A systematic literature research has been carried out, using various online databases, such as Cinahl, Medline and Bibnet. After evaluating and rating literature, 14 studies were included to write this thesis.

Results: COPD affects the physical, the psychological, the social and the spiritual aspect of quality of life. People suffering from COPD live with restrictions in all four aspects, which negatively affect their quality of life. Symptoms which lead to these restrictions, as well as influencing factors of the quality of life were identified.

Conclusion: COPD is a disease which has substantial impacts on the quality of life of people suffering from this disease. The model of quality of life after Ferrell et al. (1995) in comparison with the results of this thesis show many parities. That is the reason why this model can be used for the disease COPD. The model "Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker" by Grypdonck (1996) shows that nurses play an important role in caring for people with COPD and consequently can positively affect their quality of life.

Keywords: COPD, quality of life, impacts

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problembeschreibung und Relevanz für die Pflege.....	2
1.2	Fragestellung und Ziel der Arbeit.....	7
1.3	Begriffsdefinitionen.....	7
1.3.1	Chronische Erkrankung und COPD.....	8
1.3.2	Lebensqualität.....	11
2	Methodik.....	16
2.1	Systematische Literaturrecherche.....	16
2.1.1	Verwendete Suchbegriffe.....	17
2.1.2	Ein- und Ausschlusskriterien.....	17
2.1.3	Verwendete Datenbanken und Suchmaschinen.....	19
2.1.4	Suchprotokoll.....	19
2.1.5	Flussdiagramm zur Selektion der Studien.....	22
2.1.6	Literaturüberblick.....	23
2.2	Bewertung der Literatur.....	37
2.3	Zusammenfassung des Suchprozesses und der Ergebnisse der Recherche.....	40
3	Ergebnisse.....	42
3.1	Körperliches Wohlbefinden und körperliche Symptome.....	42
3.2	Seelisches Wohlbefinden.....	44
3.3	Soziales Wohlbefinden.....	45
3.4	Spirituelles Wohlbefinden.....	47
3.5	Beeinflussende Faktoren.....	48
3.6	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	49
4	Diskussion und Limitationen.....	53
5	Resümee.....	58
6	Literaturverzeichnis.....	60
7	Abbildungsverzeichnis.....	65
8	Tabellenverzeichnis.....	65
9	Anhang.....	66

1 Einleitung

Chronisch kranke Menschen¹ haben aufgrund ihrer Erkrankung mit verschiedensten Einschränkungen und Problemen im Leben zu kämpfen, welche zu einer Veränderung des Alltags führen und sich in weiterer Folge auf deren Lebensqualität auswirken. Dies zeigt die bereits verfasste Bachelorarbeit 1 mit dem Thema „Leben mit einer chronischen Erkrankung am Beispiel COPD“, welche als Grundlage für diese Arbeit herangezogen wird. Bei der Bachelorarbeit 1 liegt der Schwerpunkt auf dem Alltagsleben von COPD-Betroffenen. Die Symptome Atemnot, Fatigue und Husten beeinflussen Betroffene nicht nur in ihren alltäglichen Aktivitäten, sondern haben enormen Einfluss auf deren Lebensqualität (Williams, Bruton, Ellis-Hills & McPheron, 2007, S. 77). Folgende Arbeit beschreibt, wie die Aspekte der Lebensqualität nach Ferrell, Hassey Dow und Grant (1995), welche im Laufe der Arbeit beschrieben werden, von der chronischen Erkrankung COPD beeinflusst werden.

Zu Beginn der Arbeit erfolgt im Kapitel 1, der Einleitung, eine Problembeschreibung und die Beschreibung der Relevanz für die Pflege. Weiters werden das Ziel und die Fragestellung der Arbeit definiert. Im nächsten Abschnitt finden sich die Definitionen der zentralen Begriffe *chronische Erkrankung*, *COPD* und *Lebensqualität*. Das zweite Kapitel der Arbeit widmet sich der Methodik. In diesem Abschnitt wird der Prozess der systematischen Literaturrecherche beschrieben. Dazu werden die verwendeten Datenbanken und Suchbegriffe sowie die Ein- und Ausschlusskriterien detailliert dargestellt. Weiters wird ein tabellarischer Überblick über die Ergebnisse der Recherche gegeben, und im Anschluss erfolgt eine Einschätzung der wissenschaftlichen Literatur. Kapitel drei befasst sich mit den inhaltlichen Ergebnissen und dient somit als Beantwortung der Fragestellung. Im vierten Kapitel, der Diskussion, werden die Kernaussagen der wissenschaftlichen Literatur zusammengefasst, verglichen und einander gegenübergestellt. Weiters werden in diesem Kapitel die Limitationen und Einschränkungen der Arbeit beschrieben. Den Abschluss der Arbeit bildet das Resümee. Hier werden die zentralen Erkenntnisse der Arbeit zusammengefasst.

¹ Die Autorin ist darum bemüht, sich möglichst geschlechtsneutral auszudrücken. Ist dies nicht möglich, werden sowohl die männliche als auch die weibliche Form, getrennt durch einen Schrägstrich, angeführt. Formulierungen, die sich ausschließlich auf ein Geschlecht beziehen, sind als solche zu verstehen.

1.1 Problembeschreibung und Relevanz für die Pflege

„So essentially my day consists of nothing more than resting and reading a little; no, this isn't living, it's just existing...I just am.” (Ek & Ternestedt, 2008, S. 475)

Diese Aussage einer Betroffenen aus der Studie von Ek und Ternestedt (2008) drückt eindeutig aus, dass die chronische Erkrankung COPD negative Auswirkungen auf das Leben der Erkrankten hat und folglich auch deren Lebensqualität stark beeinflusst wird.

COPD-Betroffene haben mit Einschränkungen und Beeinträchtigungen in verschiedensten Bereichen ihres Lebens zu kämpfen, welche in vielen Fällen zum Aufgeben gewohnter Alltagsaktivitäten führen. Verantwortlich dafür sind vor allem die Symptome, welche durch die Erkrankung entstehen. In den Vordergrund tritt dabei das Hauptsymptom Atemnot (Hasson et al., 2008, S. 528). Zudem spielen hierbei auch Mobilitätsprobleme, also die Einschränkung der Gehfähigkeit, eine essentielle Rolle (Williams et al., 2007, S. 79-80). Im Zusammenhang mit dem Auftreten von Symptomen steht die Variabilität der Symptome. Maochun, Zequan, Manman und Kun (2017, S. 16) kamen zu der Erkenntnis, dass Symptome am Morgen am beschwerlichsten und mühseligsten sind, gefolgt von Symptomen in der Nacht. Weiters zeigte sich, dass die „Morgensymptome“ Auswirkungen auf die morgendlichen Alltagsaktivitäten haben und die „Nachtsymptome“ die Qualität des Schlafes beeinflussen. Neben dem Atemproblem, welches im Fokus der Erkrankung steht, nehmen auch die Muskelkraft und Muskelmasse des ganzen Körpers ab (COPD – Deutschland e.V., 2016, S. 13). Dies lässt sich darauf zurückführen, dass sich Betroffene aufgrund der Atemnot nicht mehr ausreichend bewegen (Arznei und Vernunft, 2014a, S. 2). Weiters haben die Veränderungen der Atmung Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem, auf die Knochen, auf das Schlafverhalten und auf die Psyche (COPD – Deutschland e.V., 2016, S. 13). Viele Betroffene äußern Gefühle von Einsamkeit, Versagen, Traurigkeit sowie Scham. COPD-Erkrankte erleben dadurch oft Phasen, in denen sie ihr Leben als bedeutungslos ansehen. Dies kann in einer stark ausgeprägten Form so weit führen, dass sogar der Wunsch nach dem Tod geäußert wird (Ek & Ternestedt, 2008, S. 473-475). Zudem treten Depressionen und Ängste besonders häufig bei COPD-Betroffenen auf (Steinkamp et al., 2005, S. 528). Die Ängste richten sich vor allem auf das Hauptsymptom Atemnot. Betroffene quälen hierbei Sorgen und Ängste, an der Atemnot bzw. aufgrund der Erkrankung zu ersticken (Habraken, Pols, Bindels & Willens, 2008, S. 846). Weiters treten die Angst vor dem Fortschreiten der Krankheit, die Befürchtung, von anderen nur mehr als krank wahrgenommen und deshalb isoliert zu werden, oder die Sorge, Angehörige zu belasten, häufig auf (COPD – Deutschland e.V., 2016, S. 13-14).

Durch die Probleme bei der Atmung fallen alltägliche Aktivitäten, wie Einkaufen oder Erledigungen im Haushalt, immer schwerer. Ebenso nimmt dadurch die Teilnahme am sozialen Leben, wie Besuche oder Treffen mit Familie oder Freunden/Freundinnen, ab. Folglich kann eine soziale Isolation entstehen (Ek & Ternstedt, 2008, S. 474). Diese begünstigt wiederum seelische Beeinträchtigungen, welche sich unter anderem in Form von Depressionen äußern können. Dieser Prozess wird auch *Circulus vitiosus* (Teufelskreis) genannt. Darunter wird eine Abwärtsspirale verstanden, in der sich mehrere Faktoren gegenseitig verstärken und zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen (COPD – Deutschland e.V., 2016, S. 4).

Zusammenfassend können die Beeinträchtigungen im Leben der Erkrankten in vier Bereiche unterteilt werden. Die Auswirkungen von COPD zeigen sich auf körperlicher, seelischer, sozialer und spiritueller Ebene. Diese Ebenen stellen den Bezug zur Lebensqualität her. Dem Lebensqualitätsmodell von Ferrell et al. (1995, S. 524-525) zufolge besteht Lebensqualität aus vier Bereichen: körperliches, seelisches, soziales und spirituelles Wohlbefinden. Eine genauere Beschreibung dieses Modells findet sich im Kapitel der Begriffsdefinition von Lebensqualität. Auch Akinci und Yildirim (2013, S. 31) und Ekici, Bulcun, Karakoc, Senturk und Ekici (2015, S. 1585) berichten über den Zusammenhang zwischen den Beeinträchtigungen im Leben und der Lebensqualität. Ihnen zufolge führt die chronische Erkrankung COPD und die damit verbundenen Symptome, wie Atemnot und Fatigue, zu einer Restriktion in den alltäglichen Aktivitäten, was wiederum mit negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität einhergeht. Rodriguez Gonzales-Moro et al. (2009, S. 742) liefern ebenfalls relevante Aspekte im Zusammenhang mit der Erkrankung COPD und der Lebensqualität. Ihnen zufolge hat die Krankheit nicht nur Auswirkungen auf die Mortalität und auf wirtschaftliche Faktoren, sondern führt zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität von Betroffenen, welche vor allem aus sozialen und persönlichen Belastungen der Erkrankten und deren Familienmitglieder resultiert. Die Symptome Atemnot und Fatigue sind auch bei Talley und Wicks (2009, S. 142) jene Faktoren, die hauptsächlich für eine niedrige Lebensqualität der Betroffenen verantwortlich sind. Mit anderen Worten bedeutet dies, dass die Symptome der Erkrankung zu Einschränkungen in den verschiedenen Bereichen des Lebens, welche das Konstrukt Lebensqualität beinhaltet, führen. Folglich kann von einer negativen Beeinflussung der Lebensqualität gesprochen werden.

Zur Prävalenz von COPD liefern Daten der WHO (World Health Organization) aus dem Jahr 2004 folgenden Ergebnisse: Derzeit leiden rund 64 Millionen Menschen weltweit an COPD und bei drei Millionen Menschen war COPD die Todesursache. Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation wird COPD bis zum Jahre 2030 weltweit die dritthäufigste Todesursache sein (World Health Organization, 2017). Die Prävalenz in Österreich wurde im Jahr 2005 im Rahmen der durchgeführten BOLD-Studie (Burden of Obstructive Lung Disease) erhoben.

Die Studie untersuchte eine Zufallsstichprobe der über 40-jährigen Salzburger Bevölkerung (Buist et al., 2007; Schirnhofner et al., 2007; zitiert nach Gesundheit Österreich GmbH, 2013, S. 9). Die gewonnenen Ergebnisse wurden anschließend im Jahr 2011 auf die österreichische Gesamtbevölkerung umgerechnet und zeigten als Ergebnis knapp 500.000 COPD-Erkrankte in Österreich (Statistik Austria, 2011; zitiert nach Gesundheit Österreich GmbH, 2013, S. 9).

COPD, welche zu einer der häufigsten chronischen Erkrankungen zählt, stellt Betroffene oft vor große Herausforderungen. Das eigene Leben und die damit verbundene Lebensqualität trotz des „Nicht-Gesundsein“ auf einem hohen Niveau zu halten, wird zur Hauptaufgabe im Leben chronisch kranker Menschen (Oö. Gesundheits- und Spitals-AG, 2016, S. 6). Zusätzlich haben chronisch Kranke mit der Aufgabe, „das Leben über die Krankheit hinauszuheben“, zu kämpfen (Seidl & Walter, 2005, S. 12). Diese Aufgabe chronisch Kranker bildet den Schnittpunkt mit dem Pflegemodell „Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker“ von Grypdonck aus dem Jahr 1996, welches in weiterer Folge die Relevanz für die Pflege beschreibt.

Dem Pflegemodell zufolge besteht die Hauptaufgabe der Pflege darin, Menschen mit einer chronischen Erkrankung zu helfen, ihr Leben über die Krankheit hinauszuheben. Mit anderen Worten bedeutet dies, dass das Leben der Betroffenen zum Fokus der Aufmerksamkeit der Pflegepersonen werden soll und die Gesundheit, die Krankheit und deren Folgen als zweitrangig gesehen werden sollten. In diesem Zusammenhang besteht das Ziel pflegerischer Aufgaben darin, chronisch Kranken zu helfen, ihr Leben so zu leben, wie sie es wünschen (Seidl & Walter, 2005, S. 30-31). Grypdoncks Pflegemodell beinhaltet vier zentrale Aufgaben der Pflege:

1. „Den Kranken helfen, die existentielle Krise zu überwinden“ (Seidl & Walter, 2005, S. 31)
2. „Unterstützung beim Kampf des täglichen Lebens“ (Seidl & Walter, 2005, S. 33)
3. „Unterstützung beim Management des therapeutischen Regimes“ (Seidl & Walter, 2005, S. 36)
4. „Hilfe bei der Organisation der Pflege“ (Seidl & Walter, 2005, S. 37)

Bei der ersten Aufgabe „Den Kranken helfen, die existentielle Krise zu überwinden“ richtet sich der Fokus der Pflege auf die Unterstützung des Kranken/der Kranken, sich der existentiellen Krise zu stellen. Dies betrifft nicht nur den Zeitpunkt der Diagnose, sondern jedes Mal, wenn eine Verschlechterung der Erkrankung eintritt oder der Betroffene/die Betroffene mit neuen Verlusten zu kämpfen hat. Pflegepersonen sollten Erkrankte dabei unterstützen und motivieren, sich mit ihren persönlichen Verlusten auseinanderzusetzen und ihrem Leben einen Sinn zu geben. Dies ist von großer Bedeutung, da die Qualität des Lebens je nachdem, in welchem

Ausmaß sich der Patient/die Patientin mit seiner/ihrer Krise auseinandersetzt, beeinflusst wird (Seidl & Walter, 2005, S. 31-32).

Die zweite Aufgabe von Pflegepersonen beinhaltet die Unterstützung „im Kampf des täglichen Lebens“ der Betroffenen. Dadurch, dass gewisse Tätigkeiten, die zuvor keiner Überlegung oder Planung bedurft haben, durch den Eintritt einer chronischen Erkrankung sehr komplex werden können, wird das Leben chronisch Kranker zu einem Kampf. Beispielhaft dafür können Aktivitäten wie die tägliche Körperpflege oder Tätigkeiten im Haushalt genannt werden. Durch die Unterstützung durch Pflegende, welche unter anderem in Form von Beratung erfolgen kann, können Betroffene profitieren. Von Seiten der Pflege erfordert diese Individualität, oftmals auch Kreativität. Die Beratung kann sich als sehr komplex erweisen, jedoch können es auch einfache Lösungen sein, die Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen helfen. Weiters erfordern die Unterstützung und die Pflege chronisch Kranker ein hohes Maß an Flexibilität. Chronische Krankheiten verlaufen oftmals in einem Auf und Ab. Aktivitäten, die an einem Tag ohne weiteres zu bewältigen sind, können am darauffolgenden zur Unmöglichkeit werden. Ein weiterer Punkt, welcher in der Zusammenarbeit mit chronisch Kranken berücksichtigt werden sollte, ist das Erkennen des Erfahrungs- und Fachwissens der Betroffenen. Für Pflegende ist es oft schwierig einzusehen, dass der/die chronisch Kranke mehr Wissen über die eigene Krankheit verfügt als die Pflegeperson selbst. Das Anerkennen des Wissens über die Krankheit kann oftmals Konflikte zwischen Pflege und Patient/Patientin vermeiden (Seidl & Walter, 2005, S. 33-34).

Aufgabe drei besteht in der „Unterstützung beim Management des therapeutischen Regimes“ und steht im Zusammenhang mit den Begriffen Selbstmanagement und Compliance. Dabei kommt zum Ausdruck, dass Medikamentenverordnungen und Vorschriften zur Lebensführung nicht immer einfach angenommen oder weggelassen werden können, sondern, dass der/die Betroffene diese so in sein/ihr Leben integrieren soll, dass sie in sein/ihr Leben hineinpassen. Der Patient/die Patientin selbst ist dabei die Person, welche die Entscheidung trifft, wie das Management über sein/ihr therapeutisches Regime aussehen soll. Anzumerken ist hierbei, dass chronisch Kranke die Entscheidungen nicht immer zu ihrem Vorteil treffen. Durch den Mangel an Wissen und Fähigkeiten besteht oft eine Diskrepanz zwischen dem, was der/die Betroffene erreichen will und dem, wohin er/sie mit seinem/ihren Selbstmanagement kommt. Weitere Ursachen für diese Diskrepanz können auch Umweltfaktoren und finanzielle Faktoren sein. Die Aufgabe der Pflegepersonen liegt nun darin, Betroffenen zu helfen, das gewünschte Selbstmanagement zu erreichen. Dies erfordert in vielen Fällen ein Ansprechen von Problemen, die den Aufgabenbereich der Pflege überschreiten. Pflegepersonen haben jedoch auch die Möglichkeit, Betroffene an andere Dienste zu verweisen (Seidl & Walter, 2005, S. 36-37).

Die vierte und somit letzte Aufgabe setzt sich die Hilfe bei der Organisation der täglichen Pflege zum Ziel. Dies betrifft überwiegend Personen, die aufgrund ihrer chronischen Erkrankung auf eine 24 Stunden-Pflege angewiesen sind. Die Rolle als Pflegebedürftiger/Pflegebedürftige wird von Person zu Person unterschiedlich erlebt, jedoch erleben es alle als ein Eindringen in ihren/seinen Privatbereich. Ziel ist es, die Pflege so zu gestalten, dass genügend Raum für Privatheit und Selbstachtung bleibt. Wenn diese Aufgabe von Professionellen übernommen wird, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass pflegerische Handlungen und die pflegerische Betreuung mehr als das Eindringen erlebt wird. Professionelle Helfer müssen hierbei die Interventionen an die Bedürfnisse der Betroffenen anpassen. Weiters sollte der Tagesplan der Person, welche Pflege benötigt, berücksichtigt werden. Eine umgekehrte Variante, die bedeutet, dass der Tagesplan des Patienten/der Patientin sich an die Pflege anpasst, sollte vermieden werden, da dadurch die Privatsphäre eingeschränkt werden kann. Professionelle Helfer sollten sich der Komplexität des Lebens chronisch Kranker bewusst werden und Flexibilität in der Zusammenarbeit zeigen (Seidl & Walter, 2005, S. 37-39).

Das Pflegemodell nach Grypdonck, welches die Relevanz für die Pflege darstellt, steht ebenfalls im Zusammenhang mit der Lebensqualität. Aufgabe eins - „Den Kranken helfen, die existentielle Krise zu überwinden“ - beinhaltet die Unterstützung des/der Erkrankten bei einer Verschlechterung der Erkrankung. Je nachdem, in welchem Ausmaß sich Betroffene mit ihrer Krise auseinandersetzen und je nachdem, wie viel Unterstützung sie bekommen, wird die Lebensqualität positiv oder negativ beeinflusst. Aufgabe zwei - „Unterstützung beim Kampf den täglichen Lebens“ - steht ebenfalls eng im Zusammenhang mit der Lebensqualität. Gelingt es Pflegepersonen, Betroffene so weit zu unterstützen, dass sie ihren Alltag trotz der Erkrankung nach ihren Wünschen und Vorstellungen leben können, so wirkt sich dies positiv auf deren Lebensqualität aus. Auch in den Aufgaben drei und vier („Unterstützung beim Management des therapeutischen Regimes“ und „Hilfe bei der Organisation der Pflege“) kommt der Bezug zur Lebensqualität zum Vorschein. Sei es die Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten oder die Hilfe bei der Organisation einer für den Erkrankten/die Erkrankte passende pflegerische Betreuung für zu Hause, beide Beispiele können im Falle einer guten Unterstützung oder Hilfeleistung zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Die Behandlungsziele der COPD beinhalten neben der Linderung der Symptome, der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Prophylaxe von Exazerbationen auch die Verbesserung der Lebensqualität (Arznei und Vernunft, 2014b, S. 25). Unter Berücksichtigung dieser Behandlungsziele mit dem Fokus auf die Verbesserung der Lebensqualität zeigen die vier Aufgaben aus dem Pflegemodell nach Grypdonck, dass Pflegepersonen eine wichtige Rolle in der Behandlung einnehmen, wodurch wiederum die Relevanz für die Pflege zum Ausdruck gebracht wird.

1.2 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Anlässlich der zuvor beschriebenen Problematik ist es das Ziel dieser Arbeit, einen Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Literatur zum Thema „Lebensqualität von Menschen mit COPD“ zu geben. Mithilfe einer systematischen Literaturrecherche soll folgende Fragestellung beantwortet werden: **Wie werden die Aspekte der Lebensqualität von der chronischen Erkrankung COPD beeinflusst?**

Die Arbeit orientiert sich dabei am Lebensqualitätsmodell nach Ferrell et al. (1995), welches aus vier Aspekten besteht: körperlicher, seelischer, sozialer und spiritueller Aspekt. Im Kapitel der Begriffsdefinition von Lebensqualität findet sich eine genauere Beschreibung dieses Modells.

Obwohl COPD eine weit verbreitete chronische Krankheit in der Gesellschaft darstellt, wird der Erkrankung von der Bevölkerung aber auch von Seiten der Pflege nicht immer die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt. Als Erklärung dafür kann die Vermutung aufgestellt werden, dass aufgrund des progredienten Verlaufs der Erkrankung erst im späten Stadium der Krankheit oder im Sterbeprozess die Aufmerksamkeit gegenüber der Erkrankung gegeben ist. Teilnehmer/Teilnehmerinnen der Untersuchung von Schaefer, Dorschner und Behrens (2006, S. 330) bestätigen dies insofern, indem sie Kritik äußern, dass zu wenig Informationsangebot und patientengerechtes Wissen zur Verfügung gestellt wird. Sie beschreiben das Informationsangebot als unzureichend und fühlen sich in Bezug auf ihre Erkrankung und Therapie nicht ausreichend informiert. Weiters stellt der soziale Aspekt, welcher für Betroffene eine größere Rolle als der medizinische Bereich einnimmt, ein Defizit in der Behandlung und Versorgung von COPD-Erkrankten dar (Ek & Ternesetdt, 2008, S. 475). Damit COPD-Erkrankte nun eine adäquate, individuelle und den Bedürfnissen angepasste Pflege erhalten können, müssen sich Pflegepersonen mit dem Erleben der Erkrankung und den verschiedenen Aspekten der Lebensqualität auseinandersetzen (Hrisanfow & Hägglund, 2012, S. 98). Diese Arbeit setzt sich zum weiteren Ziel, diese Thematik aufzuzeigen, dadurch die Aufmerksamkeit bezüglich der Erkrankung COPD zu erhöhen und somit einen Beitrag zur Enttabuisierung zu liefern.

1.3 Begriffsdefinitionen

Zum besseren Verständnis erfolgen in diesem Teil die Definitionen der zentralen Begriffe *COPD* und *Lebensqualität*. Im Rahmen der Definition von *COPD* wird zusätzlich auch auf den Begriff *chronische Erkrankung* eingegangen und es werden die Ursachen und die Symptome der Erkrankung beschrieben. Bei der Erläuterung des Begriffs *Lebensqualität* wird neben der allgemeinen Definition auch der Begriff *gesundheitsbezogene Lebensqualität* behandelt.

1.3.1 Chronische Erkrankung und COPD

Der Begriff *COPD* steht als Abkürzung für die englische Bezeichnung *chronic obstructive pulmonary disease* und wird ins Deutsche mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung übersetzt. Ein weiterer in unserer Gesellschaft gängiger Ausdruck für die Erkrankung ist „Raucherhusten“ (Österreichische Lungenunion, o.J.). COPD zählt zu einer der häufigsten chronischen Erkrankungen (Oö. Gesundheits- und Spitals-AG, 2016, S. 6). Der WHO zufolge werden chronische Erkrankungen als „lange andauernde und im Allgemeinen langsam fortschreitende Krankheiten“ definiert (WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2008, S. 1). Hurrelmann (2006; zitiert nach Chronisch Krank Österreich, o.J.) definiert eine chronische Erkrankung wie folgt:

Krankheit wird durch die lang andauernde Überlastung der körperlichen, psychischen und sozialen Anpassungskräfte eines Menschen ausgelöst und schlägt sich zum Beispiel in Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der inneren Organe, Krebskrankheiten, Atemwegs-, Haut- und Stoffwechselerkrankungen oder psychischen Krankheiten nieder, dann wird sie als chronische Krankheit bezeichnet, die oft lebenslang bestehen bleibt.

Einer weiteren Begriffsdefinition zufolge beeinflusst eine chronische Erkrankung Betroffene über einen langen Zeitraum hinweg und schreitet langsam fort. Eine große Anzahl chronischer Krankheiten wird als Todesursachen angesehen. Soziale Faktoren sowie Umweltfaktoren spielen in der Entwicklung einer chronischen Krankheit eine essentielle Rolle (European Commission, o.J.).

In der Literatur sind verschiedene Definitionen des Begriffs *chronische Erkrankung* zu finden. Als Gemeinsamkeit kann jedoch festgestellt werden, dass eine chronische Krankheit über einen längeren Zeitraum oder sogar ein Leben lang bestehen kann. Nachdem der Begriff *chronische Erkrankung* bereits definiert wurde, wird im Folgenden nun der Begriff *COPD* näher erläutert.

Der Globalen Initiative für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), kurz GOLD genannt, zufolge, handelt es sich bei der chronischen Erkrankung *COPD* um eine häufige, meist vermeidbare und behandelbare Krankheit, welche durch andauernde respiratorische Symptome und Belüftungsstörungen der Lunge, die aufgrund von Atemwegsabnormalitäten und/oder Schädigungen der Alveolen auftreten, charakterisiert ist. Verursacht werden diese Störungen der Atemwege vor allem durch erhebliche Aussetzung schädlicher Partikel oder Gase (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung

Disease, 2017, S. 1). Die Deutsche Atemwegsliga beschreibt COPD als eine chronisch obstruktive Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem. Es handelt sich dabei um eine lebenslange Erkrankung, die nicht geheilt, jedoch in ihrem Verlauf beeinflusst werden kann (Deutsche Atemwegsliga e.V., 2017). Einer weiteren Beschreibung zufolge wird COPD „als eine fortschreitende obstruktive Ventilationsstörung (Belüftungsstörung der Lunge durch Verengung der Atemwege) infolge langjähriger Schadstoffbelastung (Aktiv- und Passivrauchen, Umwelt, Arbeitsplatz)“ definiert (Gesundheit Österreich GmbH, 2013, S. 7). Gillissen und Welte (2014, S. 47) definieren COPD als eine chronische Lungenerkrankung, die in den meisten Fällen progredient verläuft und durch eine Atemwegsverengung, welcher unter der Therapie mit Bronchodilatoren und/oder Kortikosteroiden nicht vollständig entgegengewirkt werden kann, gekennzeichnet ist. Zudem treten bei der COPD häufig eine chronische Bronchitis, die sich in Form von Husten und Auswurf zeigt, und ein Lungenemphysem, welches durch eine irreversible Vergrößerung der Alveolen gekennzeichnet wird, auf. Wie aus der Beschreibung des Begriffs COPD ersichtlich ist, finden sich in der Literatur verschiedene Definitionen. Als Gemeinsamkeit aller Definitionen sind die Obstruktion, die Verengung der Atemwege, und das Merkmal „nicht vollständig reversibel“ zu entnehmen.

Je nach Schweregrad kann COPD in verschiedene Stadien eingeteilt werden. Ein einfaches, intuitives System der Einteilung der Schweregrade der COPD ist die Stadieneinteilung nach GOLD. Als Basis dafür werden zwei Werte der Lungenfunktion herangezogen: der FEV1-Wert² und die forcierte Vitalkapazität (FVC)³. Beide Werte lassen sich mit Hilfe eines Lungenfunktionstests ermitteln (Österreichische Lungenunion, o.J.; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017, S. 6). Nach den Ergebnissen der Werte erfolgt eine Einteilung in vier Stadien: Stadium 1 bedeutet eine leichte Form der Erkrankung, Stadium 2 eine mittlere, Stadium 3 eine schwere und Stadium 4 eine sehr schwere Form von COPD (Hahn, 2007, S. 331). Nachdem erkannt wurde, dass die Lungenfunktionswerte wenig über den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin und vor allem über sein/ihr Befinden aussagen, wurde ein neues System zur Einteilung entwickelt. Zusätzlich zu den Lungenfunktionsparametern fließen nun auch die Symptome der Betroffenen und das Risiko für eine Exazerbation (Krankheitsschübe) ein (Österreichische Lungenunion, o.J.). Der Schweregrad der COPD setzt sich nun aus den Stadien (GOLD 1-4) und aus der Patienten-/Patientinnengruppe, welche in Gruppe A-D eingeteilt wird, zusammen. Die Bestimmung der Gruppen A-D erfolgt anhand zweier Kriterien: der Anzahl von Exazerbationen im vergangenen Jahr und der subjektiven Ausprägung der

² FEV1 = forciertes expiratorisches Volumen pro Sekunde. FEV1 beschreibt jene Luftmenge, die der Patient/die Patientin „mit aller Kraft und möglichst schnell innerhalb einer Sekunde ausatmen kann“ (Österreichische Lungenunion, o.J.).

³ Die forcierte Vitalkapazität beschreibt jene Luftmenge, die der Patient/die Patientin „nach maximaler Einatmung insgesamt maximal ausatmen kann“. Diese Messung bezieht sich auf die gesamte Ausatmung (Österreichische Lungenunion, o.J.).

Symptome gemessen am CAT-Score⁴ oder alternativ am mMRC-Score⁵ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017, S. 8).

Risikofaktoren, die die Entstehung einer COPD begünstigen, werden in exogene und endogene Faktoren unterteilt. Exogen bedeutet, dass etwas aufgrund von äußeren Ursachen entsteht, endogen hingegen bedeutet, dass etwas aufgrund von inneren Ursachen entsteht. Zu den exogenen Risikofaktoren zählen Zigarettenrauch, sowohl aktiver als auch passiver, Umweltfaktoren, wie z.B. Schwefeldioxid, Kohlenwasserstoff, Ozon oder Feinstäube, Berufsnoxen (Asbest, Quarzstaub, Metallstaub) und rezidivierende virale Bronchialinfarkte. Genetische Faktoren, eine Frühgeburtlichkeit und eine bronchiale Hyperreaktivität gehören zu den endogenen Risikofaktoren (Zwick, 2004, S. 32). Anzumerken ist, dass der Literatur zufolge das Rauchen den größten Risikofaktor für die Entstehung einer COPD darstellt. Der Großteil der COPD-Betroffenen sind aktive oder ehemalige Raucher (Arznei und Vernunft, 2014a, S. 11).

Zu den häufigsten Symptomen von COPD zählen die „Atemnot, das heißt vermehrte Anstrengung beim Atmen, Schweregefühl oder ein vermehrter ‚Bedarf an Atemluft‘, übermäßige Schleimproduktion, und chronischer Husten“ (Österreichische Lungenunion, o.J.) Die Atemnot tritt üblicherweise zunächst während körperlicher Belastung, z.B. beim Stiegensteigen, oder im Falle einer Exazerbation auf. In weiterer Folge des Krankheitsverlaufs kann es jedoch auch schon bei geringer Belastung oder sogar in Ruhe zu einer Atemnot führen (Zwick, 2004, S. 41). Chronischer Husten kann mit oder ohne Sputumproduktion auftreten. Zu Beginn tritt der Husten üblicherweise am frühen Morgen auf, besonders im Winter. Später zeigt sich der Husten nicht nur morgens, sondern während des ganzen Tages und während des ganzen Jahres (Zwick, 2004, S. 41). Zudem sind das Phänomen Fatigue, häufige Infektionen, Brustschmerz, Müdigkeit, Erschöpfung, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Obstipation weitere Symptome der chronischen Erkrankung COPD (Hasson et al., 2008, S. 528).

Der Begriff *Exazerbation* ist in diesem Kapitel schon mehrmals aufgetreten. Unter einer *Exazerbation* wird eine plötzliche Verschlechterung des Krankheitszustandes verstanden. Dies zeigt sich vor allem durch eine plötzlich einsetzende Verstärkung von unbeherrschbaren Symptomen, wie beispielsweise schwere Atemnot und starke Schleimproduktion mit Husten (Österreichische Lungenunion, o.J.).

⁴ CAT steht als Abkürzung für COPD Assessment Test. Dieser Test besteht aus acht Fragen, die auf einer Skala von 1-5 bewertet werden. Folgende Faktoren werden bewertet: Husten, Verschleimung, Engegefühl in der Brust, Atemnot beim Treppensteigen, Einschränkung bei häuslichen Aktivitäten, Bedenken, wegen der Krankheit das Haus zu verlassen, Schlaf und Energie (Österreichische Lungenunion, o.J.).

⁵ „mMRC steht für modified (British) Medical Research Council. Das British Medical Research Council ist ein von der öffentlichen Hand finanziertes Institut, das unter anderem eben eine Skala für Atemnot entwickelt hat“ (Österreichische Lungenunion, o.J.).

1.3.2 Lebensqualität

Die Definition des Begriffs *Lebensqualität (LQ)* gestaltet sich als schwierig, da keine allgemeine Definition von Lebensqualität existiert. Es handelt sich dabei um einen neutralen Begriff, welcher immer nur im Einzelfall bestimmt werden kann.

Die WHO beschreibt den Begriff *Lebensqualität* wie folgt:

Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt (WHO, 1997; zitiert nach Renneberg & Hammelstein, 2006, S. 30).

Eine ähnliche Definition liefert Neudert (2012; zitiert nach Hasseler & Wilhem, 2013, S. 472). Dieser Beschreibung zufolge geht es beim Begriff *Lebensqualität* darum, wie ein Individuum im Kontext von Kultur und Wertesystem, seiner Ziele, Erwartungen, Wertmaßstäbe und Sorgen seine Stellung im Leben versteht. Laut Schäfers (2008; zitiert nach Hasseler & Wilhem, 2013, S. 473) werden dem Begriff *Lebensqualität* vier Eigenschaften zugeschrieben. Dies sind einerseits die Mehrdimensionalität (Berücksichtigung verschiedener Lebensbereiche) und die Verbindung von objektiven und subjektiven Komponenten (beobachtbare Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden). Weiters zählen der Einbezug individueller Ziele (vor allem immaterielle Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Selbstverwirklichung) und kollektive Werte (wie zum Beispiel Freiheit, Sicherheit, Solidarität und Gerechtigkeit) zu den Eigenschaften.

Bork (2009, S. 152) beschreibt fünf Dimensionen von Lebensqualität. Die *körperliche Dimension* beinhaltet Kraft, Energie sowie die Fähigkeit, die Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen. Bork liefert keine nähere Beschreibung oder Interpretation der Aspekte Kraft und Energie. Im Rahmen dieser Arbeit wird Kraft als körperliche Kraft betrachtet und Energie bezieht sich auf Ausdauer und Stärke, die benötigt werden, um Aktivitäten durchzuführen. Im Zusammenhang mit der Erkrankung COPD umfasst die körperliche Dimension vor allem die eingeschränkte Mobilität und die eingeschränkte Durchführung von alltäglichen Aktivitäten. Bei der zweiten Dimension, der *seelischen Dimension*, werden Furcht, Angst und Depression genannt. Bei COPD-Betroffenen richtet sich die Angst und Furcht vor allem auf die Atemnot und die unvorhersehbare Zukunft. Zur *sozialen Dimension* werden unter anderem Beziehungen zu Familie, Freunden/Freundinnen, Bekannten oder Arbeitskollegen/Arbeitskolleginnen gezählt. Im Kontext der Erkrankung COPD beinhaltete diese Dimension vor allem die soziale Isolation.

Die *somatische Dimension* bezieht sich auf Krankheitssymptome, wie z.B. Schmerzen, Übelkeit oder Erbrechen. Im Vordergrund dieser Dimension steht bei COPD-Betroffenen das Hauptsymptom Atemnot. Die letzte Dimension, die *spirituelle Dimension* umfasst die Vorstellung, dass das eigene Leben einen Zweck und eine Bedeutung hat. Bei COPD-Erkrankten zählen die Bedrohung des eigenen Lebens und die Integration der Krankheit ins Leben zu dieser Dimension.

Ähnlich den fünf Dimensionen der Lebensqualität zeigt sich das Lebensqualitätsmodell von Ferrell et al. (1995, S. 524-525), welches ursprünglich anhand von Krebspatienten/Krebspatientinnen entwickelt wurde. Dem Modell zufolge besteht Lebensqualität aus vier Bereichen: körperliches Wohlbefinden, seelisches Wohlbefinden, soziales Wohlbefinden und spirituelles Wohlbefinden. Die Inhalte bzw. Punkte der einzelnen Bereiche spiegeln sich in den Inhalten der Dimensionen von Bork (2009, S. 152) wider. Da bei der Auseinandersetzung mit dem Lebensqualitätsmodell bereits ein Zusammenhang mit den Auswirkungen der Erkrankung COPD auf das Alltagsleben, die in der Bachelorarbeit 1 bearbeitet wurden, hergestellt werden konnte, wird dieses Modell als theoretischer Hintergrund für diese Arbeit herangezogen. Zur Veranschaulichung wird das Modell in der folgenden Abbildung dargestellt:

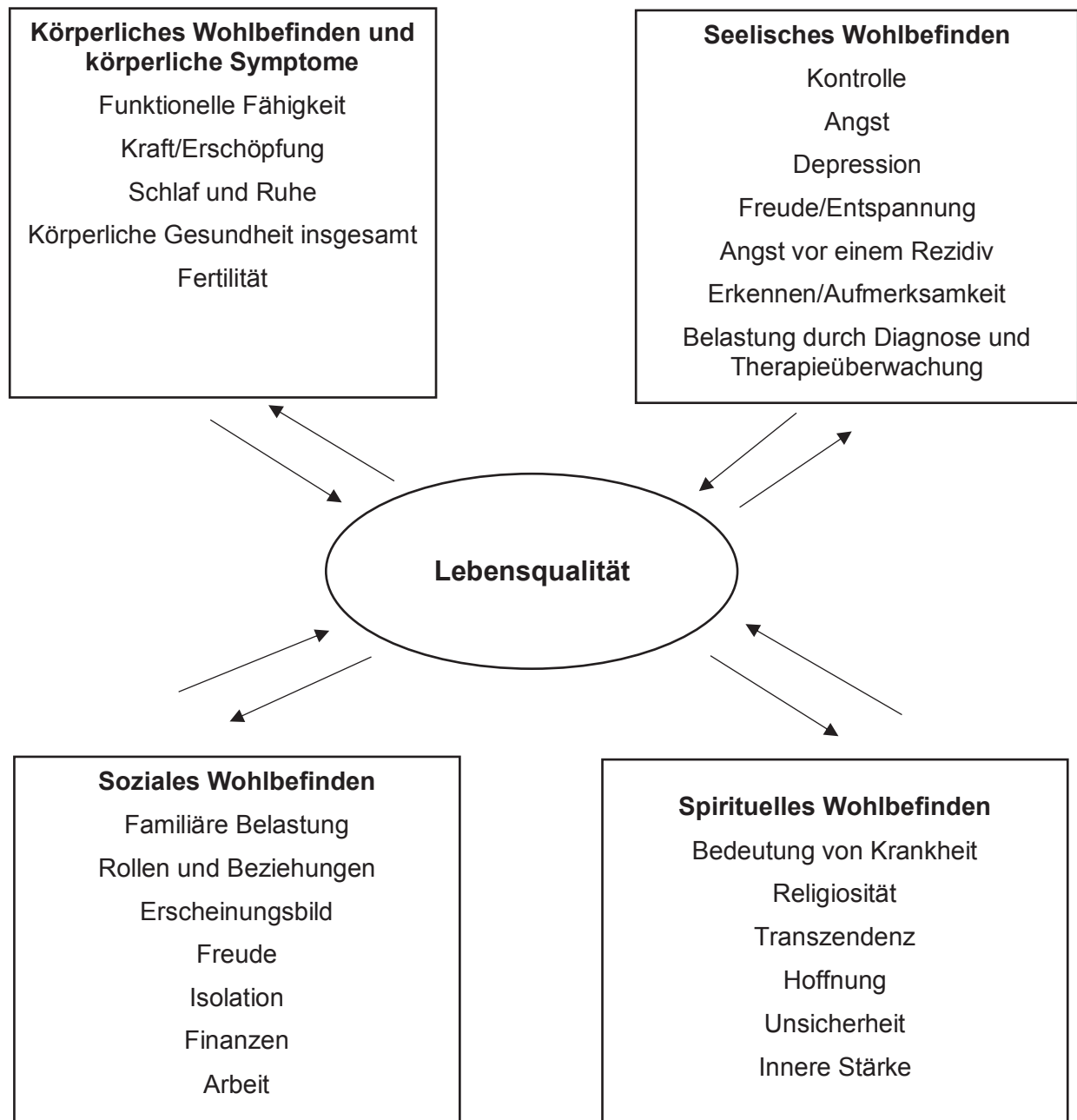


Abbildung 1: Lebensqualitätsmodell (Ferrell et al., 1995, S. 525)

Die Bewertung der Lebensqualität steht immer in Abhängigkeit von den individuellen Zukunftsvorstellungen und dem Lebensalter. Je nachdem in welcher Altersstufe sich das Individuum befindet, gewinnen unterschiedliche Lebensthematiken und deren Bewertung an Bedeutung (Aman, 2012; zitiert nach Hasseler & Wilhem, 2013, S. 472). Weiters hängt die Bewertung von einer subjektiven Beurteilung und von kulturellen Faktoren des Einzelnen/der Einzelnen ab (Hasseler & Willem, 2013, S. 472).

Der Begriff *gesundheitsbezogene Lebensqualität (GBLQ)* wird oft in Verbindung mit Lebensqualität gebracht und wird vor allem in medizinischen Bereichen verwendet (Bork, 2009, S. 152). Die *GBLQ* wird als „...die Fähigkeit einer Person ihren gewohnten täglichen Aktivitäten

entsprechend ihres Alters und ihrer sozialen Rolle nachzugehen“ definiert (Guyatt, Feeny & Patrick, 1993; zitiert nach Z’Brun Schneyder, Ausserhofer & Fritz, 2012, S. 416). Zudem beinhaltet die *GBLQ* körperliche, emotionale, mentale und verhaltensbezogene Komponenten des Befindens und der Funktionsfähigkeit aus einer subjektiven Sicht des Betroffenen/der Betroffenen (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003; zitiert nach Z’Brun Schneyder et al., 2012, S. 416). Aus theoretischer Sichtweise ist es jedoch essentiell den Begriff *GBLQ* von *Lebensqualität* zu differenzieren. Als Grund dafür wird argumentiert, dass es sich bei *Lebensqualität* um ein breites und übergreifendes Konstrukt handelt und die *GBLQ* unmittelbar im Kontinuum zwischen den Beeinträchtigungen (Symptomen) und den Behinderungen (Funktionsfähigkeit) steht und durch Krankheit und Behandlung beeinflusst wird (Z’Brun Schneyder et al., 2012, S. 416). In der verwendeten Literatur wird sowohl der allgemeine Begriff *Lebensqualität* als auch der Begriff *gesundheitsbezogene Lebensqualität* verwendet.

Das Konstrukt *Lebensqualität* wird nicht nur im pflegerischen und medizinischen Setting, sondern auch in unterschiedlichen Disziplinen, z.B. in der Psychologie und Soziologie, behandelt. Aus diesem Grunde existieren viele und vor allem unterschiedliche Definitionen des Begriffs. In der Psychologie wird *Lebensqualität* beispielsweise als „ein subjektives Urteil betrachtet, das vom Individuum auf der Grundlage seiner Wahrnehmung, seines emotionalen Erlebens und seiner kognitiven Bewertung als globales Urteil über die Güte des eigenen Lebens als Ganzes gebildet wird, während in der Soziologie individuell-subjektive Konstruktionen um gesellschaftliche (kollektive) und objektiv-ressourcenorientierte Dimensionen ergänzt werden“ definiert (Naegele, 2010, S. 179). Die Unterschiede finden sich nicht nur in den Definitionen selbst, sondern auch in den erklärenden Faktoren. In der Psychologie zählen intraindividuelle Prozesse, wie beispielsweise Bewältigung oder die Persönlichkeit, zu den entscheidenden Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität, in der Soziologie hingegen beeinflussen unter anderem Merkmale von Gesellschaften die Lebensqualität (Naegele, 2010, S. 179). Die Suche nach einem „guten Leben“ in einer „guten Gesellschaft“ steht hierbei im Mittelpunkt. Unter dem Begriff *Lebensqualität* werden jedoch eher die Bedingungen eines guten Lebens und nicht die Ergebnisse eines guten Lebens selbst verstanden (Veenhoven, 2000; zitiert nach Naegele, 2010, S. 179). Daher lässt sich die Sicht von Lebensqualität aus der Soziologie insoweit für die Pflege nutzen, da es der Berufsgruppe ein Anliegen ist, Kranke dabei zu unterstützen, „ein gutes Leben“ führen zu können. Auch der Aspekt, dass die Bedingungen für ein gutes Leben im Vordergrund der Definition aus der Soziologie stehen, kann gut auf das pflegerische Setting umgelegt werden. Dies wird damit argumentiert, dass Pflegepersonen einer Auseinandersetzung mit diesen Bedingungen bedürfen, um Erkrankten zu einem guten Leben verhelfen zu können. Beide Ansätze finden sich auch in dem Pflegemodell von Grypdonck (1996) wieder.

Im Vergleich zu den Sozial- und Geisteswissenschaften wurde das Konzept der *Lebensqualität* im medizinischen Bereich relativ spät thematisiert und bearbeitet. Im Rahmen der Lebensqualitätsforschung wurden Instrumente zur Messung der Lebensqualität entwickelt (Koller et al., 2009, S. 866). Bei der Messung der Lebensqualität dominieren vor allem Fragebögen, also der quantitative Zugang. Lebensqualitäts-Fragebögen haben das Ziel, die subjektive Sichtweise von Patienten/Patientinnen zu erfassen. Wie aus praktischer Sicht oft wünschenswert, gibt es leider kein einheitliches Messinstrument zur Lebensqualität. Es existieren viele verschiedene Arten von Fragebögen. Die genaue Anzahl ist schwer festzustellen, aber Schätzungen zufolge wird von mehreren Hunderten verschiedenen Fragebögen ausgegangen. Neben der quantitativen Methode gibt es auch qualitative Methoden zur Messung der Lebensqualität, wie z.B. qualitative Einzelinterviews oder kognitive Interviews. Qualitative Methoden können genauso wie quantitative Methoden eigenständig eingesetzt werden. Die beiden Varianten können aber auch in Kombination angewendet werden (Koller et al., 2009, S. 868-869). Als bemerkenswert ist hierbei anzumerken, dass es bereits viele verschiedene Instrumente zur Messung der Lebensqualität gibt, jedoch fehlt es noch immer an einer einheitlichen Definition des Konstrukts Lebensqualität.

2 Methodik

Folgendes Kapitel beschreibt den Prozess der Literaturrecherche, welcher mit Hilfe von Tabellen und Grafiken veranschaulicht wird. Ebenso wird ein Überblick der gefundenen wissenschaftlichen Literatur gegeben. Zudem erfolgt im Anschluss eine Einschätzung der wissenschaftlichen Literatur.

2.1 Systematische Literaturrecherche

Zur Erlangung möglichst aktueller, qualitativ hochwertiger und internationaler wissenschaftlicher Literatur wurde eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen pflegerelevanten Datenbanken durchgeführt.

Bei der systematischen Literaturrecherche handelt es sich um einen Suchprozess, der grob in drei Phasen eingeteilt werden kann. Die erste Phase beinhaltet die Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes, Phase zwei beinhaltet die eigentliche Recherche und die dritte Phase hat die Bewertung der Literatur als Ziel (Kleibel & Mayer, 2011, S. 25).

In der ersten Phase wird eine Grobrecherche durchgeführt und es findet ein Einlesen in die Thematik statt, woraus sich das genaue Thema bzw. die Fragestellung der Arbeit entwickelt. Die zweite Phase richtet den Fokus auf das Erlangen von geeigneter Literatur. Dies erfolgt durch den Einsatz von geeigneten Suchhilfen und passenden Suchbegriffen. Die dritte Phase, die Bewertung der Literatur, hat mit der eigentlichen Suche nicht direkt zu tun, sie schließt jedoch den Prozess ab. Um die durch die Recherche gewonnene Literatur als Wissensquelle verwenden zu können, muss diese in Phase drei einer kritischen Bewertung unterzogen werden (Kleibel & Mayer, 2011, S. 25-32). Die Bewertung, auch Einschätzung der Literatur genannt, wird im Kapitel 2.2. näher beschrieben.

Um den Prozess der Recherche nachvollziehbar zu machen, werden in diesem Kapitel die verwendeten Suchbegriffe, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die verwendeten Datenbanken und Suchmaschinen angeführt. Weiters findet sich im Kapitel ein Suchprotokoll, welches in Form einer Tabelle die genauen Sucheingaben darstellt. Danach wird in Form eines Flussdiagramms die Selektion der Studien grafisch veranschaulicht. Darauf folgend wird in einer Übersichtstabelle die ausgewählte wissenschaftliche Literatur präsentiert. Abschließend erfolgt eine Einschätzung der eingeschlossenen wissenschaftlichen Literatur, und der Prozess der systematischen Recherche wird zusammengefasst.

2.1.1 Verwendete Suchbegriffe

Zu Beginn der systematischen Literaturrecherche wurden Suchbegriffe und Schlagwörter definiert, mit deren Hilfe eine gezielte Recherche in den Datenbanken durchgeführt werden kann. Unter Suchbegriffe werden Wörter, welche den gewünschten Inhalt repräsentieren und mithilfe derer die gewünschte Literatur erlangt wird, bezeichnet (Kleibel & Mayer, 2011, S. 31). Schlagwörter sind Begriffe, welche die zentralen Aspekte eines Textes beschreiben. Schlagwörter können nicht willkürlich gewählt werden, sondern sie stammen aus einem standardisierten Schlagwörterverzeichnis (Kleibel & Mayer, 2011, S. 57). Folgend werden die Suchbegriffe bzw. Schlagwörter, welche für die Recherche verwendet wurden, sowohl in Deutsch als auch in Englisch aufgelistet.

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung:

Textwörter: COPD, chronic obstructive pulmonary disease

Schlagwörter: "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+"

Lebensqualität:

Textwörter: Lebensqualität, quality of life

Schlagwörter: "Quality of Life+"

Auswirkungen:

Textwörter: impacts, Auswirkungen

2.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Damit die vorhandene Literatur eingegrenzt werden kann, wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche festgelegt. Inhaltlich stehen die Auswirkungen der chronischen Erkrankung COPD sowie mögliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im Mittelpunkt. Ausgeschlossen werden jene Inhalte, die Therapiemöglichkeiten oder die Anwendung von Medikationen beinhaltet. Nicht mit eingeschlossen in die systematische Literaturrecherche werden Kinder und Jugendliche sowie COPD-Betroffene im stationären Setting. Ebenfalls ausgeschlossen werden nicht-wissenschaftliche Literatur oder Literatur, die nicht nach dem EMED-Format⁶ aufgebaut ist. Zu den eingeschlossenen Publikationen zählen qualitative und quantitative Studien sowie systematische Reviews. Damit die gewonnen Inhalte von möglichst hoher

⁶ EMED = Einleitung – Methodik – Ergebnisse - Diskussion

Qualität sind, wurde der Zeitraum auf die letzten zehn Jahre beschränkt. Im Verlauf der Recherche zeigte sich jedoch, dass es im Jahr 2006 zu vermehrten Publikationen zum Thema kam. Aus diesem Grunde wurde der Zeitraum um zwei Jahre erweitert und es wurden nun Publikationen aus den letzten zwölf Jahren miteingeschlossen. Ebenfalls erfolgt eine Eingrenzung des Kulturraumes. Dieser beschränkt sich auf westliche Industriestaaten. Begründet wird dies damit, dass mit dieser Begrenzung die Inhalte besser auf österreichische Verhältnisse umgelegt werden können. Im Folgenden werden die beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien in Form einer Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Inhaltliche Variablen und Phänomene	COPD, Lebensqualität, Aspekte der Lebensqualität, Auswirkungen, Einflussfaktoren	Therapiemöglichkeiten, Medikation
Bevölkerungsgruppe	Erwachsene mit COPD	Kinder, Jugendliche
Setting (Umgebung)	Häusliches Setting, Langzeitpflege	Stationäres Setting
Publikationsarten	Systematische Reviews, Einzelstudien (quantitative und qualitative Studien)	Nicht wissenschaftliche Literatur, Studien ohne EMED-Format
Zeitraum	2006 – 2018	Publikationen vor 2006
Sprache	Englisch, Deutsch	_____
Kulturraum	Westliche Industriestaaten	_____

2.1.3 Verwendete Datenbanken und Suchmaschinen

Zur Verschaffung eines Überblicks zu dem Thema wurde zu Beginn der Recherche im Bibliothekskatalog der Medizinischen Universität Wien und in der Pflegefachbibliothek des Campus Rudolfinerhaus nach relevanter Literatur gesucht. Anschließend wurde in den Datenbanken bibnet.org, Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) und Medline über die Suchoberfläche Ebsco-Host der Fachhochschule Wiener Neustadt sowie in der Datenbank Springer Link recherchiert.

2.1.4 Suchprotokoll

Im Folgenden wird veranschaulicht, in welchen Datenbanken mit welchen Suchbegriffen unter der Berücksichtigung der definierten Ein- und Ausschlusskriterien recherchiert wurde. Neben den Sucheingaben werden zusätzlich jeweils die Trefferanzahl und die Anzahl der relevanten Treffer angegeben. Diese Darstellung erfolgt in Form einer Tabelle.

Tabelle 2: Suchprotokoll (eigene Darstellung)

Suchinstrument	Sucheingabe (Suchbegriffe, Verknüpfungen, Einschränkungen)	Trefferanzahl	Anzahl der relevanten Treffer
Cinahl via EBSCO Host	(MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+") AND (MH "Quality of Life+") Limiters: Abstract Available; Published Date: 20070101-20181231; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Europe, UK & Ireland, USA; Age Groups: All Adult; Language: English, German	252	50
Cinahl via EBSCO Host	(MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+") AND (MH "Quality of Life+") AND impacts Limiters: Abstract Available; Published Date: 20070101-20181231; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Europe, UK & Ireland, USA; Age Groups: All Adult; Language: English, German	60	24
Cinahl via EBSCO Host	(MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+") AND quality of life AND impacts NOT treatment or intervention or therapy Limiters: Abstract Available; Published Date: 20070101-20181231; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Europe, UK & Ireland, USA; Age Groups: All Adult; Language: English, German	30	15
Medline via EBSCO Host	(MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+") AND (MH "Quality of Life") AND impacts Limiters: Date of Publication: 20070101-20181231; Abstract Available; Age Related: All Adult: 19+ years; Language: English, German	37	15
Medline via EBSCO Host	(MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+") AND quality of life AND impacts NOT treatment or intervention or therapy Limiters: Date of Publication: 20070101-20181231; Abstract Available; Age Related: All Adult: 19+ years; Language: English, German	22	6

Bibnet	COPD AND Lebensqualität Limiters: Jahre: 2007-2018; Sprache: Englisch, Deutsch	52	13
Springer Link	COPD AND Lebensqualität AND Auswirkungen Limiters: Date Published: 2007-2018; Content Type: Article; Language: Englisch, Deutsch; Subdiscipline: Pneumology/Respiratory System	68	1
Berrypicking		5	5

2.1.5 Flussdiagramm zur Selektion der Studien

Folgendes Flussdiagramm dient dazu, den Verlauf der Literaturrecherche mittels Zahlen auszudrücken und einen grafischen Überblick über das Ausschlussverfahren zu geben. Das verwendete Flussdiagramm in angelehnt an das PRISMA Flowchart.

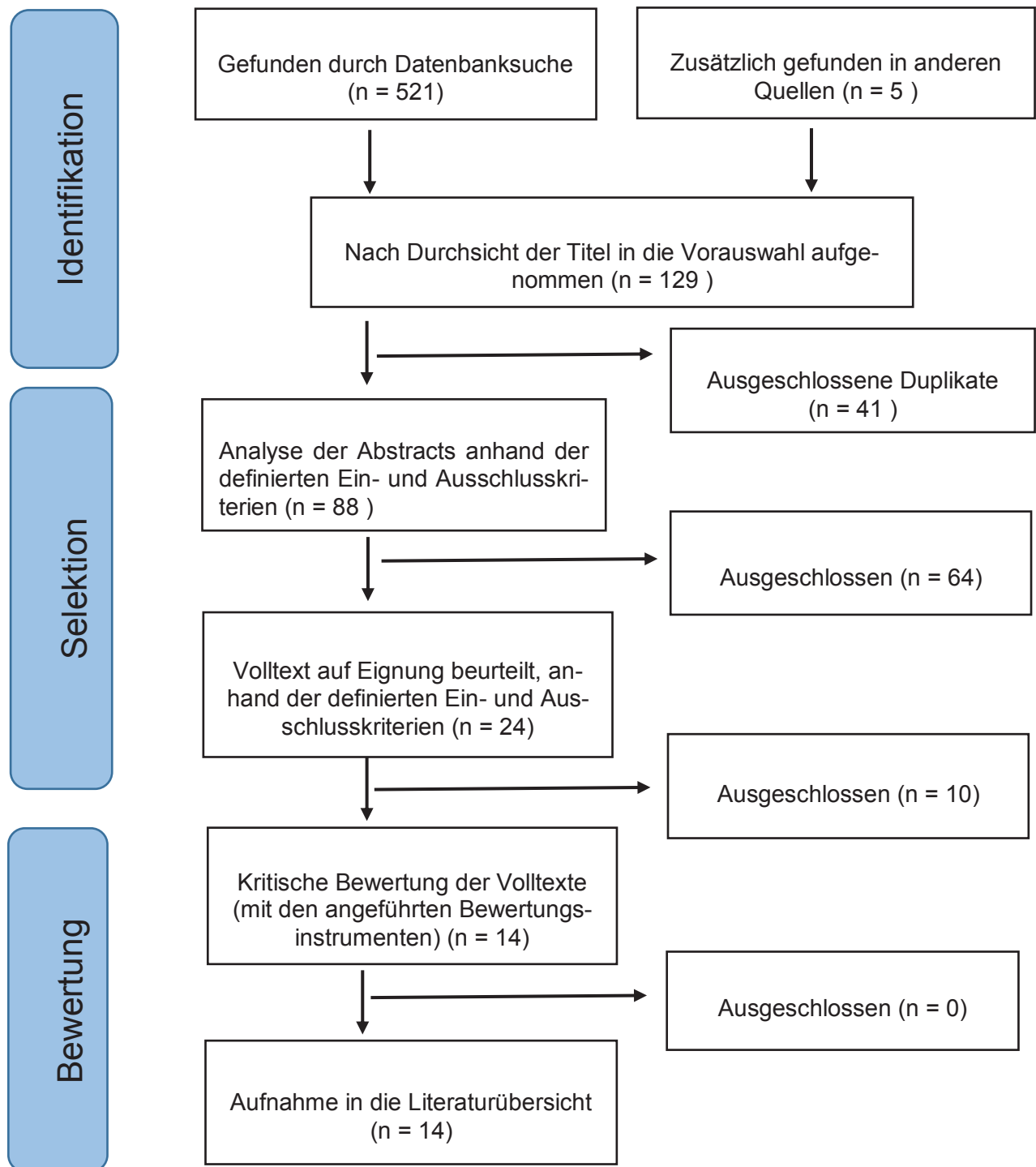


Abbildung 2: Flussdiagramm (eigene Darstellung)

2.1.6 Literaturüberblick

In diesem Unterkapitel erfolgt die Darstellung des Literaturüberblicks in Form einer Tabelle. Dabei wird jene Literatur, die anhand der definierten Ein- und Ausschlusskriterien und nach Analyse der Abstracts und Volltexte eingeschlossen wurde, präsentiert.

Tabelle 3: Literaturüberblick (eigene Darstellung)

Autoren/Autorinnen, Jahr, Land	Forschungsansatz, Studiendesign, Personengruppe, Stichprobe, Setting	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
Lebensqualität/Leben allgemein				
Bendixen, Ejlersen Wæhrens, Wilcke & Sørensen (2014) Dänemark	<p><u>Forschungsansatz:</u> quantitativer Ansatz</p> <p><u>Studiendesign:</u> Explanative Korrelationsstudien, Querschnittsstudie</p> <p><u>Personengruppe:</u> stationär aufgenommene Patienten/Patientinnen mit der Diagnose COPD und einer Exazerbation</p> <p><u>Stichprobe:</u> 80 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (35% Männer, 65 % Frauen; Alter: mind. 51 Jahre)</p> <p><u>Setting:</u> Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden aus einer</p>	Die Erfassung der selbst definierten Qualität bei der Durchführung der ATLS ⁷ und die Untersuchung, ob Alter, Geschlecht und COPD-Charakteristika damit zusammenhängen	<p><u>Datenerhebung:</u> Verwendung von Fragebögen, welche mithilfe von zwei Messinstrumenten durchgeführt wurden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assessment of ADL⁸ ability 2. Assessment of COPD characteristics <p><u>Erhebungszeitraum:</u> 16 Monate zwischen 2008 - 2009</p> <p><u>Datenanalyse:</u> mithilfe der Programme „Rasch computer program WINSTEPS version 3.68.2⁶“, Microsoft Excel</p>	Erkenntnisse zeigen, dass COPD-Patienten/COPD-Patientinnen nicht in der Lage oder teilweise nicht in der Lage sind, ihre ATLS durchzuführen. Der Großteil äußert vermehrten Aufwand und/oder Fatigue bei der Bewältigung der ATLS, und die meisten sind auf Hilfe von anderen angewiesen (= körperlicher Bereich).

⁷ Aktivitäten des täglichen Lebens

⁸ Activities of daily living

	<p>bereits bestehenden Studie („COPD back home again“) aus dem Universitätsklinikum Kopenhagen rekrutiert</p>			
<p>Ek & Ternstedt (2008) Schweden</p>	<p><u>Forschungsansatz:</u> qualitativer Ansatz <u>Studiendesign:</u> Phänomenologie <u>Personengruppe:</u> Patienten/Patientinnen mit COPD in der palliativen Phase <u>Stichprobe:</u> 8 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (5 Frauen, 3 Männer; Alter: zwischen 48-79 Jahre) <u>Setting:</u> Patienten/Patientinnen, die in zwei unterschiedlichen Krankenhäusern in Schweden behandelt wurden</p>	<p>Beschreibung der essentiellen Strukturen des Erlebens mit der Erkrankung COPD in der palliativen Phase</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Interviews mit offenen Fragen (Dauer: zwischen 20-90 Min.) <u>Erhebungszeitraum:</u> über zwei Monate im Jahr 2003 <u>Datenanalyse:</u> Interviews wurden aufgenommen, wortwörtlich transkribiert und anhand folgender Schritte analysiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lesen der Interviews 2. Erneutes Lesen und Einteilung in bedeutsame Kategorien 3. Transformierung der bedeutsamen Kategorien 4. Häufige Eigenschaften der Erfahrungen wurden in fünf Key-Bestandteile transformiert 5. Zusammenlegung der fünf Key-Bestandteile bilden die Struktur des Erlebens 	<p>Den Ergebnissen zufolge wird das Leben von COPD-Betroffenen in verschiedenen Bereichen beeinflusst. Körperliche Einschränkungen zwingen dazu, oft Aktivitäten aufzugeben, was sich wiederum auf den sozialen Bereich auswirkt (soziale Isolation). Beeinträchtigungen auf der seelischen Ebene zeigen sich unter anderem darin, dass das Leben oft als bedeutungslos angesehen wird.</p>
<p>Gabriel, Figueiredo, Jácome, Cruz & Marques (2014)</p>	<p><u>Forschungsansatz:</u> qualitativer Ansatz</p>	<p>Untersuchung der Auswirkungen von COPD auf das Familienleben</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> individuelle Interviews mit offenen Fragen, Interviews wurden gleichzeitig mit Betroffenen und Familienmitgliedern</p>	<p>Aus der Sicht der Betroffenen ergeben sich 6 Hauptthemen:</p>

<p>Portugal</p>	<p><u>Studiendesign:</u> Beobachtungsstudie, Querschnittstudie</p> <p><u>Personengruppe:</u> COPD-Betroffene mit Diagnose seit mind. zwei Jahren und deren Familienmitglieder (Ehegatte/Ehegattin, Kind oder andere wichtige Person für Betroffene)</p> <p><u>Stichprobe:</u> 20 Patienten/Patientinnen (80 % Männer, 20% Frauen; Durchschnittsalter: 74,1 Jahre); 20 Familienmitglieder (12 Ehegatten/Ehegattinnen, 8 Kinder; Durchschnittsalter: 61,5 Jahre; 90 % Frauen, 10 % Männer)</p> <p><u>Setting:</u> Patienten/Patientinnen wurden durch Ärzte/Ärztinnen, die in die Studie involviert waren, aus einem Krankenhaus im Bezirk der zentralen Region Portugals rekrutiert</p>	<p>aus der Sicht von Betroffenen selbst und ihrer Familienmitglieder</p>	<p>durchgeführt, jedoch an verschiedenen Orten (Durchschnittsdauer: Betroffene: 46,7 Min., Familienmitglieder: 50, 7 Min.)</p> <p><u>Erhebungszeitraum:</u> Oktober 2011 – Februar 2012</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Interviews wurden aufgenommen, wortwörtlich transkribiert, mithilfe thematischer Analyse analysiert, kodiert und in Themen kategorisiert</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auswirkungen der Symptome auf persönlichen Alltag und Familienalltag 2. (über)beschützende Familienunterstützung 3. Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Paaren 4. Gefühl des Identitätsverlustes 5. Angst vor Verschlechterung der COPD 6. Coping-Ressourcen <p>Die Ergebnisse zeigen komplexe Interaktionen zwischen der Erfahrung mit dem Leben mit COPD, der Kommunikation, dem emotionalen Bereich, der sozialen Unterstützung und der Rollen innerhalb der Familie</p>
<p>Garrido, Díez, Gutiérrez, Centeno, Vázquez, de Miguel,</p>	<p><u>Forschungsansatz:</u> quantitativer Ansatz</p>	<p>Die Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten/Patientinnen mit</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Verwendung vom „SF-12 quality of life questionnaire“ Fragebogen, welcher die Ermittlung</p>	<p>Studie zeigt, dass COPD-Betroffene im Vergleich zur allgemeinen Population eine Reduktion im physischen Bereich der GBLQ aufzeigen. Dieser</p>

<p>Carballo & Garcia (2006) Spanien</p>	<p><u>Studiendesign</u>: multizentrische, epidemiologische, beobachtende, deskriptive Studie</p> <p><u>Personengruppe</u>: COPD-Betroffene mit der Diagnose seit mindestens 12 Monaten</p> <p><u>Stichprobe</u>: 10711 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (Durchschnittsalter: 67 Jahre; 75,6 % Männer, 24,4% Frauen)</p> <p><u>Setting</u>: 2 377 Ärzte/Ärztinnen wurden eingeschlossen, welche jeweils 5 Patienten/Patientinnen rekrutierten. Die Untersuchung der Patienten/Patientinnen erfolgte stichprobenartig durch Hausärzte/Hausärztinnen aus allen spanischen autonomen Gebietskörperschaften</p>	<p>stabiler COPD in der Grundversorgung und die Bestimmung der verbundenen entscheidenden Faktoren.</p>	<p>zweier Komponenten (physisch und mental) ermöglicht</p> <p><u>Erhebungszeitraum</u>: Jänner bis März 2003</p> <p><u>Datenanalyse</u>: mithilfe des Programms „Statistical Package SPSS 11.0 for Windows“; zur Analyse der Zusammenhänge zwischen den qualitativen Variablen wurde der χ^2-Pearson Test verwendet</p>	<p>Unterschied zeigt sich bereits schon bei leichten Formen der COPD. Beeinflussende Faktoren sind Geschlecht, der FEV₁-Wert, der Gebrauch von Sauerstofftherapie, die Anzahl der Besuche der Notaufnahmen und der Krankenhausaufenthalte.</p>
<p>Habraken, Pols, Bindels & Willems (2008) Niederlande</p>	<p><u>Forschungsansatz</u>: qualitativer Ansatz</p> <p><u>Studiendesign</u>: prospektive Studie</p>	<p>Erklärung, warum Patienten/Patientinnen mit COPD im Endstadium dazu tendieren, keinen Wunsch nach Hilfe zu äußern - Studie beschreibt, mit welchen</p>	<p><u>Datenerhebung</u>: semi-strukturierte Tiefeninterviews (Dauer: 1,5-2,5 Stunden)</p> <p><u>Erhebungszeitraum</u>: 2004-2006</p>	<p>Studie zeigt, dass COPD-Betroffene mit Einschränkungen in körperlicher, mentaler und sozialer Ebene leben. Trotz der Beeinträchtigungen sehen die Patienten/Patientinnen ihr Leben als normal an, da sie sich daran gewöhnen und ihr Leben adaptieren.</p>

<p>Hasson, Spence, Waldron, Kernohan, McLaughlin, Watson & Cochrane (2008) Großbritannien</p>	<p><u>Personengruppe:</u> Patienten/Patientinnen mit COPD im Endstadium <u>Stichprobe:</u> 11 Patienten/Patientinnen <u>Setting:</u> Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden per Zufall aus Ambulanzen von vier Krankenhäusern und einem Spezialcenter für Asthma und COPD in den Niederlanden rekrutiert</p>	<p>Einschränkungen Patienten/Patientinnen mit COPD im Endstadium leben</p>	<p><u>Datenanalyse:</u> Interviews wurden aufgenommen, vollständig transkribiert und analysiert mithilfe des Programms MAXQDA (VERBI software, Berlin), Analyse zuerst deduktiv, danach induktiv, Identifizierung von Themen und Sortierung von Text-Passagen, Diskussion der Autoren/Autorinnen führt zu Konsens über die Kategorien und Themen, „Thematic framework“ bestehend aus Kategorien und Themen</p>	
<p>Hasson, Spence, Waldron, Kernohan, McLaughlin, Watson & Cochrane (2008) Großbritannien</p>	<p><u>Forschungsansatz:</u> qualitativer Ansatz <u>Studiendesign:</u> deskriptives Design <u>Personengruppe:</u> Patienten/Patientinnen mit COPD, die unter einer optimalen Medikamenten-Therapie stehen, Langzeitsauerstoff oder nicht-invasive Beatmung erhalten <u>Stichprobe:</u> 13 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (10 Männer, 3 Frauen, Durchschnittsalter: 65 Jahre)</p>	<p>Erforschung des Potentials für Palliativpflege bei Patienten/Patientinnen mit COPD - Patienten/Patientinnen erzählen über ihre Erfahrungen vom Leben mit COPD mit dem Fokus auf Symptome, welche alle Bereiche ihres Lebens beeinflussen</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Tiefeninterviews mit offenen Fragen (Dauer: 40-60 Min.) <u>Erhebungszeitraum:</u> 2006-2007 <u>Datenanalyse:</u> Interviews wurden aufgenommen, transkribiert, anonymisiert, gelesen und von zwei Forschern/Forscherinnen analysiert unter Anwendung eines Kodierung-Systems</p>	<p>Ergebnisse zeigen, dass die Symptome das Leben der Betroffenen beeinflussen. Sowohl das körperliche als auch das psychische und soziale Wohlbefinden werden beeinträchtigt.</p>

<p>Rodriguez Gonzales-Moro, de Lucas Ramos, Izquierdo Alonso, López-Muniz Ballesteros, Antón Díaz, Ribera & Martín (2009)</p> <p>Spanien</p>	<p><u>Setting:</u> Patienten/Patientinnen wurden von der „respiratory nurse specialist“ aus einem Krankenhaus, das ca. 250 COPD-Betroffene im Jahr aufnimmt, ausgewählt</p>	<p>Erhebung von der Auswirkung der COPD-Schwere auf körperliche Einschränkungen und auf tägliche Aktivitäten</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Verwendung von Fragebögen, welche mithilfe von drei Messinstrumenten durchgeführt wurden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medical Research Council (MRC) 2. London Chest Activity of Daily Living (LCADL) 3. EQ-5D visual analogue scale (VAS) <p>Erhebungszeitraum: März – Juli 2007 (EDIP-EPOC I), September 2007 – Februar 2008 (EDIP-EPOC II)</p> <p><u>Datenanalyse:</u> mithilfe des Programms SPSS 13.0, χ^2, Student t-test, Mann-Whitney U-test</p>	<p>Studie zeigt, dass COPD nicht nur wirtschaftliche, sondern auch soziale und persönliche Belastungen für Betroffene und deren Familie mit sich bringt. Die Stärke der Erkrankung beeinflusst die GBLQ und ihre körperlichen Funktionen. Je stärker die Erkrankung, desto höher sind die Einschränkungen.</p>
	<p><u>Forschungsansatz:</u> quantitativer Ansatz</p> <p><u>Studiendesign:</u> epidemiologische, Beobachtungsstudie, Querschnittsstudie (zwei Studien EDIP-EPOC I und II mit identem Design)</p> <p><u>Personengruppe:</u> Patienten/Patientinnen mit mittlerer, schwerer oder sehr schwerer COPD</p> <p><u>Stichprobe:</u> 3608 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (1596 mit mittlerer COPD, Durchschnittsalter: 67,8 Jahre; 2012 mit schwerer/sehr schwerer COPD, Durchschnittsalter: 69,6 Jahren)</p> <p><u>Setting:</u> Pneumologen/Pneumologinnen aus öffentlichen oder privaten Krankenhäusern in Spanien</p>			

<p>Schaefer, Dorschner & Behrens (2006) Deutschland</p>	<p>wählten Patienten/Patientinnen aus</p>	<p>Die Darstellung der Lebensqualität von COPD-Patienten/COPD-Patientinnen unter Langzeit-Sauerstofftherapie aus der Betroffenenperspektive.</p>	<p>Qualitativer Ansatz: <u>Datenerhebung:</u> narrative Interviews (Durchschnittsdauer: 80 Min.) <u>Erhebungszeitraum:</u> keine Angabe</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Interviews wurden aufgezeichnet, zeitnah anonymisiert und kommentiert transkribiert. Zu jedem Interview wurde ein Protokoll angefertigt. Datenanalyse erfolgte in Anlehnung an das siebenstufige Ablaufschema von Dickelmann (1992)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transkribierte Texte werden mehrmals gelesen, um allgemeines Verständnis zu gewinnen 2. Von jedem transkribierten Text wird eine interpretative Zusammenfassung geschrieben und mögliche Themen kodiert 3. Ausgewählte Texte werden analysiert und anschließend im Team diskutiert 	<p>Ergebnissen des qualitativen Ansatzes zufolge kristallisieren sich 4 Zentralthemen, welche Dimensionen der Lebensqualität darstellen, heraus. Jedes Thema wird noch in Unterthemen unterteilt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kranksein begreifen 2. Mobil bleiben 3. Sich auf jemanden verlassen können 4. Mit der Situation fertig werden <p>Mithilfe des quantitativen Ansatzes werden mit dem NHP-Fragebogen folgende sechs Bereiche herausgearbeitet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Energieverlust 2. Schmerz 3. Emotionale Reaktion 4. Schlaf 5. Soziale Isolation 6. Physische Mobilität
--	---	--	--	---

⁹ Langzeitsauerstofftherapie

	<p>Quantitativer Ansatz:</p> <p><u>Studiendesign:</u> Querschnittsstudie</p> <p><u>Personengruppe:</u> COPD-Patienten/COPD-Patientinnen unter LTOT</p> <p><u>Stichprobe:</u> 162 Teilnehmerinnen und 348 Teilnehmer, Durchschnittsalter: 65 Jahre</p> <p><u>Setting:</u> Teilnehmer/Teilnehmerinnen stammen aus allen 16 Bundesländern und Fragebögen wurden durch drei Firmen, die Patienten/Patientinnen mit einem Sauerstoffsystem versorgen, verteilt</p>	<p>4. Zu jedem Text wird eine interpretative Zusammenstellung der Analyse geschrieben</p> <p>5. Textvergleich und Kontrastierung um gemeinsame Praktiken und Bedeutungen zu identifizieren</p> <p>6. Texte werden verglichen, um wesentliche Muster herauszuarbeiten</p> <p>7. Ergebnisse werden Experten/Expertinnen vorgestellt und Ergänzungen berücksichtigt</p> <p>Quantitativer Ansatz:</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Verwendung des generischen Lebensqualitätsfragebogens Nottingham Health Profile (NHP) mit Ergänzung der auf den qualitativen Ergebnissen beruhenden Zusatzfragen u.a. zu Atemnot, Informationsangebot und Unterstützungssystemen</p> <p><u>Erhebungszeitraum:</u> keine Angaben</p> <p><u>Datenanalyse:</u> mithilfe des Programms „Statistical Package for the Social Science“ (SPSS) Version 12; Mann-Whitney-U-Anpassungstest (zur Feststellung von Unterschieden)</p>	
--	--	---	--

<p>Talley & Wicks (2009) USA</p>	<p><u>Forschungsansatz:</u> quantitativer Ansatz</p> <p><u>Studiendesign:</u> deskriptives Korrelationsdesign</p> <p><u>Personengruppe:</u> COPD-Betroffene mit der Diagnose seit ca. 8 Jahren (Median: 7,6)</p> <p><u>Stichprobe:</u> 36 Teilnehmer/Teilnehmerinnen zwischen 30 und 82 Jahren (mehr Frauen als Männer)</p> <p><u>Setting:</u> Befragte wurden aus zwei an eine Universität angeschlossene ambulante Lungenklinik im Süden der USA rekrutiert</p>	<p>Die Beschreibung der selbst beschriebenen Lebensqualität, der krankheitsbezogenen GBLQ, depressiver Symptome, krankheitsbezogener Symptome und Erfahrungen von Patienten/Patientinnen mit COPD sowie die Untersuchung des Zusammenhangs dieser Faktoren.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Verwendung von Fragebögen, welche mithilfe vier Messinstrumente durchgeführt wurden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quality of Life Index Generic Version-III 2. General Quality of Life Measure 3. St. George Respiratory questionnaire 4. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale and Bronchitis Emphysema Symptom checklist <p><u>Erhebungszeitraum:</u> keine Angaben</p> <p><u>Datenanalyse:</u> mithilfe der „Statistical Analysis System“ (SAS Inc. Cary, NC) Software</p>	<p>Studie zeigt, dass allgemein die LQ bei COPD-Betroffenen niedrig ist. Besonders in der Kategorien Gesundheit und Funktion, Symptome und Aktivität zeigen sich starke Auswirkungen. Die allgemeine LQ hat signifikante Zusammenhänge mit Symptomen, Auswirkungen der Erkrankung, depressiven Symptomen und hängt mit der Stärke der COPD zusammen.</p>
<p>Williams, Bruton, Ellis-Hill & McPherson (2007) Großbritannien</p>	<p><u>Forschungsansatz:</u> qualitativer Ansatz</p> <p><u>Studiendesign:</u> Explorative Studie</p> <p><u>Personengruppe:</u> Patienten und Patientinnen mit mittlerer, schwerer oder sehr schwerer COPD</p>	<p>Herauszufinden, was am wichtigsten für Betroffene mit COPD im Leben ist - Probleme, welche für Patienten/Patientinnen im Leben mit COPD zentral sind, werden aufgezeigt</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> semi-strukturierte Tiefeninterviews mit offenen Fragen (Dauer: zwischen 35-60 Min.)</p> <p><u>Erhebungszeitraum:</u> keine Angaben</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Interviews wurden transkribiert und mithilfe thematischer Analyse analysiert („line by line coding and/or key phrases“, Codes wurden erstellt und anschließend zusammengefasst)</p>	<p>Ergebnissen zufolge leben Betroffene oft mit physischen Einschränkungen, welche sich auf die soziale und mentale Ebene auswirken. Teilnehmer/Teilnehmerinnen äußern einen starken Wunsch nach sozialer Partizipation.</p>

		<p><u>Stichprobe:</u> 6 Teilnehmer/Teilnehmerinnen</p> <p><u>Setting:</u> Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden durch „respiratory nurses“ im Rahmen von Hausbesuchen rekrutiert</p>			
Einflussfaktoren auf die Lebensqualität					
Akinci & Yildirim (2013) Türkei	<p><u>Forschungsansatz:</u> quantitativer Ansatz</p> <p><u>Studiendesign:</u> keine Angaben</p> <p><u>Personengruppe:</u> COPD-Betroffene</p> <p><u>Stichprobe:</u> 102 Teilnehmer/Teilnehmerinnen</p> <p><u>Setting:</u> Patienten/Patientinnen wurden aus dem „Luleburgaz State Hospital, Chest Disease Outpatient Clinic“ ausgewählt</p>	<p>Ermittlung von Zusammenhängen zwischen Lebensqualität und subjektiver Atemnot, subjektivem Fatigue, Schlafqualität und FEV₁ und gemeinsamen Beiträgen dieser Variablen auf die Lebensqualität</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Verwendung von Fragebögen, welche mithilfe von vier Messinstrumenten durchgeführt wurden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modified Medical Research Council (MRC) Dyspnea Scale 2. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) 3. Piper Fatigue Scale (PFS) 4. St. George’s Respiratory Disease Questionnaire (SGRQ) <p><u>Erhebungszeitraum:</u> Oktober 2010 – Mai 2011</p> <p><u>Datenanalyse:</u> mithilfe des Programms „Statistical Package for the Social Science for Windows version 15.0, Pearson-Korrelation</p>	<p>Ergebnisse zeigen eine negative Korrelation zwischen LQ und Lungenfunktion und eine positive Korrelation zwischen LQ und subjektiver Atemnot, subjektivem Fatigue und Schlafqualität.</p>	

<p>Blinderman, Homel, Billings, Tennstedt & Portenoy (2008) USA</p>	<p><u>Forschungsansatz:</u> quantitativer Ansatz <u>Studiendesign:</u> Langzeit - Observationsstudie <u>Personengruppe:</u> COPD-Betroffene <u>Stichprobe:</u> 100 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (Durchschnittsalter: 62,2 Jahre; 53% Frauen, 47% Männer) <u>Setting:</u> nach Durchsicht der Krankenakten wurden Patienten/Patientinnen aus ambulanten Praktiken ausgewählt</p>	<p>Die Evaluation von Symptom-Distress-Mustern und die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Symptomen, Maß an Begleiterkrankungen, physischen und mentalen Funktionen und Lebensqualität.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Verwendung von Fragebögen, welche mithilfe von sieben Messinstrumenten durchgeführt wurden: 1. Charlson Comorbidity Index 2. Short Portable Mental Status Questionnaire 3. Memorial Symptom Assessment Scale 4. Mental Health Inventory-5 5. Sickness Impact Profile 6. Multidimensional Index of Life Quality 7. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spirituality Scale <u>Erhebungszeitraum:</u> zwischen 2000-2002 <u>Datenanalyse:</u> mithilfe des Programms SPSS 15.0</p>	<p>Erkenntnisse zeigen, dass niedrige Lebensqualität starke Zusammenhänge mit hohem Symptom-Distress¹⁰, mit krankheitsbezogenen Dysfunktionen, mit dem weiblichen Geschlecht und mit niedrigerem psychologischen Wohlbefinden hat. Weibliche sind zwei psychologische Symptome – Besorgnis und das Gefühl der Reizbarkeit – Faktoren für niedrige Lebensqualität.</p>
<p>Ekici, Bulcun, Karakoc, Senturk & Ekici (2015) Türkei</p>	<p><u>Forschungsansatz:</u> quantitativer Ansatz <u>Studiendesign:</u> keine Angaben</p>	<p>Die Erhebung der Auswirkungen von begleitenden Bronchiektasen¹¹, Angst, Depressionen und Parameter der Schwere der Krankheit auf die GBLQ</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Klinische Untersuchung (BMI, arterielle Blutgase, Lungenfunktion, CT Thorax) + Verwendung von Fragebögen, welche mithilfe von drei Messinstrumenten durchgeführt wurden:</p>	<p>Ergebnisse zeigen, dass die Schwere der Krankheit, das Ausmaß der Atemnot sowie Angst negative Auswirkungen auf die GBLQ haben.</p>

¹⁰ Der englische Begriff „distress“ weist verschiedene Übersetzungsmöglichkeiten auf. Er kann mit Not, Gefahr oder Bedrängnis, aber auch mit den Definitionen Elend, Leid, Kummer oder Verzweiflung übersetzt werden (Collins, 2011, S. 322). Aus diesem Grunde wird der Begriff nicht ins Deutsche übersetzt. Für die Autorin ist es dadurch eine Erleichterung, die Sinnhaftigkeit der englischen Studie beizubehalten.

¹¹ Eine Bronchiektase wird als Zustand, welcher eine abnormale und permanente Ausdehnung und Deformation der mittelgroßen Atemwege, gewöhnlich begleitet mit einer Schädigung der Atemwegswände, beschrieben (Ekici et al., 2015, S. 1586).

	<p><u>Personengruppe:</u> COPD-Patienten/Patientinnen</p> <p><u>Stichprobe:</u> 62 Teilnehmer/Teilnehmerinnen</p> <p><u>Setting:</u> Patienten/Patientinnen, die in der Universitätsklinik Kirikkale auf der pulmonologischen Station aufgenommen wurden</p>		<p>1. Modified Medical Research Council (MMRC Scale)</p> <p>2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</p> <p>3. St. George Respiratory Questionnaire (SGRG)</p> <p><u>Erhebungszeitraum:</u> keine Angaben</p> <p><u>Datenanalyse:</u> deskriptive Statistik für klinische Parameter, zur Analyse der Zusammenhänge zwischen Variablen wurde die Pearson-Korrelation verwendet</p>	
<p>Hrisanfow & Hägg-lund (2012)</p> <p>Schweden</p>	<p><u>Forschungsansatz:</u> quantitativer Ansatz</p> <p><u>Studiendesign:</u> deskriptive, epidemiologische Querschnittsstudie</p> <p><u>Personengruppe:</u> COPD-Betroffene mit und ohne Harninkontinenz</p> <p><u>Stichprobe:</u> 391 Patientinnen (davon 194 mit Harninkontinenz, Durchschnittsalter: 65 Jahre) und 337 Patienten (davon 102 mit Harninkontinenz, Durchschnittsalter: 66 Jahre)</p>	<p>Untersuchung der Auswirkungen von Husten und Harninkontinenz auf die Lebensqualität von COPD-Betroffenen</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Verwendung eines Fragebogens, der aus drei Komponenten besteht:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Background data and assessment of UI¹² 2. The clinical COPD questionnaire 3. The SF-12 HRQOL questionnaire <p><u>Erhebungszeitraum:</u> keine Angaben</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Student t-test, chi-square test, Fischer's exact test, Mann-Whitney U-test</p>	<p>Ergebnisse zeigen, dass Frauen und Männer mit Harninkontinenz eine höhere Prävalenz von Husten und Schleimproduktion aufweisen als Frauen und Männer ohne Harninkontinenz. Frauen mit Harninkontinenz weisen eine geringere LQ im physischen und mentalen Bereich auf als Frauen ohne Harninkontinenz. Bei den Männern mit Inkontinenz zeigt sich die geringere LQ nur im mentalen Bereich.</p>

¹² Urinary incontinence

				Setting: Frauen und Männer zwischen 50-75 Jahren aus einem Bezirk in Zentral-schweden mit registrierter COPD (in „System Cross journal system“)			
--	--	--	--	---	--	--	--

2.2 Bewertung der Literatur

Wie schon zu Beginn des Kapitels beschrieben, beinhaltet die dritte Phase der systematischen Literaturrecherche die Bewertung der Literatur. Diese wird im Folgenden näher beschrieben.

Bevor Ergebnisse der Recherche als Wissensquelle herangezogen werden können, muss eine kritische Bewertung der Literatur erfolgen. Diese findet in erster Linie unter Berücksichtigung der Relevanz für das zu bearbeitende Thema statt (Kleibel & Mayer, 2011, S. 33). Weiters wird zu Beginn die Literatur auf den „engeren Kontext“ analysiert. Hierbei werden die Qualität und der Zweck der Studie anhand der Autoren/Autorinnen, der Aktualität und der Quellenangabe beurteilt (Kleibel & Mayer, 2011, S. 86). Im nächsten Schritt erfolgt die Beurteilung der Publikationen im „weiteren Kontext“. Das bedeutet, dass der Verlag, die Zielgruppe, die Herausgeberschaft sowie die Qualitätssicherung überprüft werden (Kleibel & Mayer, 2011, S. 90). Zusätzlich wird die Literatur auf formale und inhaltliche Qualitätskriterien untersucht (Kleibel & Mayer, 2011, S. 33).

Zur grafischen Darstellung der Qualität der Studien anhand der wichtigsten Kriterien wird im Rahmen dieser Arbeit ein Ampelschema verwendet. Zur Einschätzung von qualitativen Studien wird das Ampelschema angelehnt an Panfil und Ivanovic (2011) sowie Behrens und Langer (2011) herangezogen. Das verwendete Ampelschema zur Einschätzung von quantitativen Studien ist an Panfil und Ivanovic (2011) sowie Mayer (2015) angelehnt. Ziel des Ampelschemas¹³ ist es, mit den Farben grün (adäquat), gelb (unklar) und rot (problematisch) auf den ersten Blick die Qualität der Studien ersichtlich zu machen. Zusammenhängend mit dem Ampelschema wird zusätzlich für die Beurteilung von qualitativen Studien die Beurteilungshilfe „Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie“ nach Behrens und Langer (2010) verwendet. Da es für quantitative Studien kein gesondertes Bewertungsinstrument passend zum Ampelschema gibt, erfolgt die Einschätzung der Qualität bei dieser Art der Studien lediglich über das Ampelschema. Die Beurteilung anhand einer Beurteilungshilfe entfällt in diesem Falle. Zur Veranschaulichung der Beurteilungshilfe für qualitative Studien findet sich im Anhang „9.1 Beurteilungshilfen“ ein unausgefüllter Beurteilungsbogen. Im Anhang „9.2 ausgefüllte Beurtei-

¹³ Legende:

- adäquat - hohe Qualität
- unklar - mittlere Qualität
- problematisch - niedrige Qualität

lungshilfen“ sind die ausgefüllten Beurteilungsbögen zu den jeweiligen einzuschätzenden qualitativen Studien ersichtlich. Die nachstehenden beiden Tabellen zeigen das Ampelschema mit der Bewertung der jeweiligen qualitativen und quantitativen Studien.

Tabelle 4: Einschätzung von qualitativen Studien anhand des Ampelschemas (eigene Darstellung)

	Forschungsfrage/Ziel relevant	Design	Literaturrecherche	Angemessene Stichprobe	Beschreibung der Stichprobe	Datenerhebung	Datenanalyse	Datenerhebung bis Sättigung	Darstellung der Ergebnisse	Bestätigung der Ergebnisse
Ek & Ternstedt (2008)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Gabriel, Figueiredo, Jácome, Cruz & Marques (2014)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Habraken, Pols, Bindels & Willems (2008)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Hasson, Spence, Waldron, Kernohan, McLaughlin, Watson & Cochrane (2008)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Schaefer, Dorschner & Behrens (2006)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Williams, Bruton, Ellis-Hill & McPherson (2007)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Tabelle 5: Einschätzung von quantitativen Studien anhand des Ampelschemas (eigene Darstellung)

	Forschungsfrage/Ziel relevant	Variablen, Hypothesen	Design	Datenerhebung (Qualität des Fragebogens)	Beschreibung der Stichprobe	Datenanalyse (geeignete statistische Tests)	Signifikante Effekte	Darstellung der Ergebnisse	Ähnlichkeiten mit anderen Studien (Diskussion)
Akinci & Yildirim (2013)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Bendixen, Ejlersen Wæhrens, Wilcke & Sørensen (2014)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Blinderman, Homel, Billings, Tennstedt & Portenoy (2008)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Ekici, Bulcun, Karakoc, Senturk & Ekici (2015)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Garrido, Díez, Gutiérrez, Centeno, Vázquez, de Miguel, Carballo & García (2006)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Hrisanfow & Hägglund (2012)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Rodriguez Gonzales-Moro, de Lucas Ramos, Izquierdo Alonso, López-Muniz Ballesteros, Antón Díaz, Ribera & Martín (2009)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Talley & Wicks (2009)	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Die Mixed-Methods-Studie von Schaefer, Dorschner & Behrens (2006) besteht größtenteils aus einem qualitativen Design. Aus diesem Grunde wurde diese mit dem qualitativen Beurteilungsbogen nach Behrens und Langer (2010) eingeschätzt und bei der Einschätzung mit Hilfe des Ampelschemas in die Tabelle der qualitativen Studien eingeordnet.

2.3 Zusammenfassung des Suchprozesses und der Ergebnisse der Recherche

Die systematische Literaturrecherche in verschiedenen pflegerlevanten Datenbanken unter Berücksichtigung der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien ergab insgesamt 521 Treffer. Mit Hilfe der Berrypicking-Methode wurden zusätzlich fünf weitere relevante Ergebnisse gefunden. Nach Durchsicht der Titel wurden anschließend 129 Studien in die Vorauswahl aufgenommen. Diese waren für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit von potenzieller Relevanz. Im weiteren Schritt erfolgte der Ausschluss der Duplikate. Gesamt konnten 41 Duplikate ausgeschlossen werden. Die hohe Anzahl an Duplikaten lässt sich auf die ähnlichen Suchkriterien bei der Recherche in den Datenbanken zurückzuführen. Einige der gefundenen Ergebnisse konnten sogar in mehr als zwei verschiedenen Suchen gefunden werden. Der nächste Schritt beinhaltete die Analyse der Abstracts. Insgesamt wurden 88 Studien anhand ihrer Abstracts begutachtet. In diesem Schritt kam es zu einer Selektion von 64 Ergebnissen. Der Großteil dieser ausgeschlossenen Studien beinhaltete Therapieansätze oder neue Therapievorschlüge in Verbindung mit der Lebensqualität. Weiters wurden Studien, welche sich mit dem Management der Erkrankung beschäftigten, ausgeschlossen. Ergebnisse, welche neben der chronischen Erkrankung COPD noch weitere Krankheiten untersuchten, wurden aufgrund der geringen relevanten Ergebnisse ebenfalls ausgeschlossen. Da der Kulturraum auf die westlichen Industriestaaten beschränkt wurde, wurde dies auch durch die Anwendung von Filtern bei der Recherche in den Datenbanken berücksichtigt. Trotz des Einsatzes der Filter kam es vereinzelt zu Ergebnissen, die nicht aus den westlichen Industriestaaten stammen. Diese Studien wurden ebenfalls nicht mit eingeschlossen.

Im nächsten Schritt des Selektionsprozesses wurden die Volltexte untersucht. Hier kam es zu einem weiteren Ausschluss von zehn Studien. Schließlich wurden insgesamt 14 Studien der kritischen Bewertung mithilfe des Bewertungsinstrumentes und des Ampelschemas unterzogen. Bei sechs Studien im Beurteilungsprozess mithilfe des Ampelschemas kam es in jeweils einer Kategorie zu einer Bewertung mit einem roten Punkt, welcher für eine niedrige Qualität steht. Jene Studien wurden letztlich dennoch miteingeschlossen. Dies lässt sich damit argumentieren, dass die Studien relevante und wertvolle Erkenntnisse für die Beantwortung der formulierten Fragestellung liefern. Weiters weisen diese Studien in Anbetracht der gesamten Beurteilung keine niedrige Qualität auf, da nur eines von neun bzw. zehn Items eine niedrige Qualität aufzeigt. Folglich wurden alle 14 Studien, die der Bewertung unterzogen wurden, in den Forschungsüberblick aufgenommen.

Unter den eingeschlossenen Studien sind acht quantitative, fünf qualitative Studien und eine Mixed-Methods-Studie. In Anbetracht der örtlichen Faktoren der Studien konnte festgestellt werden, dass der Großteil aus dem europäischen Raum stammt. Aus Spanien, Schweden,

Großbritannien, der Türkei und den USA stammen jeweils zwei Studien, aus Portugal, Dänemark, den Niederlanden und Deutschland stammt jeweils eine Studie. Die Studie aus Deutschland ist die einzige deutschsprachige, alle anderen Studien sind in englischer Sprache verfasst. Dies zeigt eine Unausgeglichenheit zwischen deutschsprachiger und international wissenschaftlicher Literatur zu diesem Thema. Bezogen auf zeitliche Faktoren stammt der größere Anteil der Studien aus den Jahren 2006, 2008 und 2009.

Um die Ergebnisse der Recherche strukturiert darzustellen und so einen besseren Überblick über die Studien geben zu können, wurden die 14 in den Forschungsüberblick aufgenommenen Studien in zwei Kategorien unterteilt. Die erste Kategorie beinhaltet Studien, die den Schwerpunkt auf das Leben allgemein, auf die Lebensqualität und speziell auf die Bereiche der Lebensqualität bei COPD legen. Die zweite Kategorie beschäftigt sich mit Einflussfaktoren auf die Lebensqualität bei COPD.

Abschließend anzumerken ist, dass sich eine Vielzahl der Studien nur oberflächlich mit dem Thema Lebensqualität bei COPD-Betroffenen beschäftigt. Besonders die aktuellen Studien legen ihren Fokus auf die Untersuchung von Zusammenhängen von verschiedenen Symptomen und der Lebensqualität. Die Recherche nach Ergebnissen, die allgemein die Lebensqualität erforschen, gestaltet sich als schwierig. Aus diesem Grunde wurden auch Studien miteinbezogen, die nicht explizit das Thema Lebensqualität erforschen, sich aber am Lebensqualitätsmodell von Ferrell et al. (1995) orientieren.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse, welche zur Beantwortung der in Kapitel 1.2 definierten Fragestellung dienen, dargestellt. Da im Rahmen dieser Arbeit das Lebensqualitätsmodell von Ferrell et al. (1995) herangezogen wird, werden die vier Aspekte des Modells (körperliches Wohlbefinden und körperliche Symptome, seelisches, soziales und spirituelles Wohlbefinden) beschrieben. Zusätzlich zu den Aspekten der Lebensqualität werden beeinflussende Faktoren dargestellt. Abschließend findet sich eine Zusammenfassung der zentralen Aussagen.

3.1 Körperliches Wohlbefinden und körperliche Symptome

In Bezug auf körperliche Aktivitäten und Fähigkeiten liefern Williams et al. (2007, S. 79) relevante Ergebnisse. Die körperliche Aktivität bzw. Fähigkeit stellt für alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen einen wichtigen Bereich dar. In der Studie werden drei Kategorien in Bezug auf die physische Aktivität behandelt. Die erste Kategorie beinhaltet das „Gehen“. Hierbei äußern alle Befragten eine Einschränkung in ihrer Gehfähigkeit aufgrund des Hauptsymptoms Atemnot. Neben dem funktionellen Aspekt der Gehfähigkeit, durch welchen es möglich ist, von einem Ort zum anderen zu gelangen, wird das „Gehen“ auch als Freizeitaktivität, als ein Weg, der es ermöglicht, das eigene Haus zu verlassen und Aktivitäten außerhalb auszuüben, angesehen. Beispielhaft wird hier „Shopping“ genannt. Bendixen, Ejlersen Wæhrens, Wilcke & Sørensen (2014, S. 316) kamen in ihrer Studie ebenfalls zu der Erkenntnis, dass der Großteil der Teilnehmer/Teilnehmerinnen an Mobilitätsproblemen im häuslichen Setting und in der nahen Umgebung leidet. Auch Schaefer et al. (2006, S. 325) zufolge sind Menschen mit fortgeschrittener COPD durch Schwäche und Atemnot in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt.

In der zweiten Kategorie „Haushaltstätigkeiten“ nach Williams et al. (2007, S. 79-80) treten deutliche Gender-Unterschiede auf. Haushaltstätigkeiten zählen vor allem für Frauen zu den wichtigen Aktivitäten im Leben. Männer hingegen beziehen sich in dieser Kategorie vermehrt auf Tätigkeiten „rund ums Haus“. Obwohl diese Tätigkeiten durch die Erkrankung nur mehr eingeschränkt oder gar nicht mehr durchgeführt werden können, äußern fast alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen, dass sie die Tätigkeiten weiter durchführen möchten und ein Aufgeben nicht in Frage kommt. Passend zu dieser Kategorie liefern Bendixen et al. (2014, S. 316) Beispiele für Haushaltsaktivitäten, welche nur erschwert oder gar nicht mehr durchgeführt werden können. Dazu gehören Kochen, Einkaufen, Putzen und Waschen der Kleidung.

In der dritten Kategorie „Fahren“ nach Williams et al. (2007, S. 80) wird beschrieben, dass die Fähigkeit ein Auto zu fahren, eine Option zum Gehen darstellt. Die Möglichkeit, selbst mit einem Auto zu fahren, gibt Betroffenen Gefühle von Freiheit und Unabhängigkeit zurück. Aufgrund von akuten Verschlechterungen der Erkrankung ist die Fähigkeit mit dem Auto zu fahren

nicht immer gegeben, trotzdem wird das „Fahren“ großteils mit Freiheit und Unabhängigkeit in Verbindung gebracht. Auch Schaefer et al. (2006, S. 325) beschreiben in ihrer Studie das Auto als Hilfsmittel, um die Mobilität wiederzugewinnen. Weitere funktionelle Fähigkeiten, die durch die Erkrankung beeinflusst werden, sind beispielsweise der Gang zum WC, das Anziehen von Kleidung, persönliche Hygiene, Baden oder Haarewaschen (Bendixen et al., 2014, S. 316).

Gabriel, Figueiredo, Jácome, Cruz und Marques (2014, S. 972) kamen zu der Erkenntnis, dass körperliche Aktivitäten, wie beispielsweise Gehen oder Tanzen, der Schlaf oder die allgemeine körperliche Mobilität durch die Krankheit eingeschränkt sind. Ek und Ternestedt (2008, S. 473) berichten, dass Kochen, Körperpflege am Morgen und das Aufsuchen von Krankenhäusern als besonders „Kräfte raubend“ beschrieben werden. Ergebnisse der quantitativen Teilstudie von Schaefer et al. (2006, S. 328) zeigen, dass die Subskala „Energieverlust“ die höchsten Werte aufzeigt, was eine geringe Lebensqualität bedeutet. Für Betroffene werden Betätigungen jeglicher Art als kraftzehrend empfunden. Den Werten nach bilden die beiden Subskalen „physische Mobilität“ und „Schlaf“ ebenfalls Komponenten, die mit einer geringeren Lebensqualität in Verbindung stehen. In der Subskala „physische Mobilität“ kommen vor allem Probleme beim Treppensteigen, Schwierigkeiten bei langem Stehen und der Gebrauch von Hilfsmitteln zur Mobilisation zum Ausdruck. Im Rahmen der Subskala „Schlaf“ äußert der Großteil Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Weiters klagt rund die Hälfte über eine kurze Schlafphase durch frühes Erwachen.

Neben allgemeinen körperlichen Fähigkeiten und Funktionen sind auch die körperlichen Symptome, die damit in Verbindung stehen, Teil dieses Unterkapitels. Hasson et al. (2008, S. 528) kamen zu der Erkenntnis, dass vor allem die Symptome der Erkrankung für die Einschränkungen in der körperlichen Aktivität verantwortlich sind. Das häufigste auftretende Symptom ist dabei die Atemnot. Zusätzlich zählen das Phänomen Fatigue, Schlafstörungen, häufige Infektionen, Brustschmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Obstipation zu weiteren Symptomen. Blindermann, Homel, Billings, Tennstedt und Portenoy (2009, S. 119) beschreiben Atemnot, Verlust von Energie, Mundtrockenheit, Husten, Besorgnis, Reizbarkeit, Schmerzen und Nervosität als die häufigsten Symptome bei COPD-Betroffenen. Auch Habraken et al. (2008, S. 846) beschreiben, dass vor allem das Symptom Atemnot für die physischen Limitationen verantwortlich ist. Aus der Studie von Ek und Ternestedt (2008, S. 473) geht hervor, dass durch den Gesundheitszustand allgemein sowie durch die Atemnot, die Schwäche und die fehlende Ausdauer Betroffene gezwungen sind, ihre Prioritäten und ihren Lebensstil zu ändern. Ein weiteres körperliches Symptom, der Schmerz, wird in der Studie von Schaefer et al. (2006, S. 328) behandelt. Ergebnisse zeigen, dass der Schmerz in Bezug auf die Lebensqualität relativ niedrige Werte aufzeigt. Niedrige Werte be-

deuten zwar eine höhere Lebensqualität, jedoch gibt jeder fünfte der Befragten an, an dauerhaften Schmerzen zu leiden. Talley und Wicks' (2009, S. 145-146) quantitative Untersuchung zeigt, dass die Unterkategorie „Aktivität und Symptome“ starke Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei COPD-Betroffenen hat. Die fünf häufigsten Symptome ihrer Studie zufolge sind Reizbarkeit, Fatigue, Angst, Gedächtnisprobleme und Probleme mit der peripheren Sensorik. Zusammenfassend zeigen Garrido et al. (2006, o. S.) in ihrer Studie, dass COPD-Betroffene im Vergleich zur Bevölkerung eine niedrigere Lebensqualität im körperlichen Bereich aufzeigen.

3.2 Seelisches Wohlbefinden

Der zweite Aspekt der Lebensqualität, das seelische Wohlbefinden, steht im Zusammenhang mit dem körperlichen Wohlbefinden und den körperlichen Symptomen. Ek und Ternstedt (2008, S. 473-474) beschreiben, dass durch die fehlenden körperlichen Kräfte, Betroffene oft gezwungen werden, verschiedenste Aktivitäten aufzugeben und dadurch auf Hilfe von anderen angewiesen sind, wodurch eine Abhängigkeit von anderen Personen entstehen kann. Als Folge können Gefühle von Einsamkeit, Versagen, Traurigkeit und Scham auftreten. Weiters wird das Selbstbild der Betroffenen dadurch herausgefordert und Phasen, in denen das Leben als bedeutungslos beschrieben wird, werden erlebt. Dieses Gefühl kann so stark werden, dass sogar der Wunsch nach dem Tod geäußert wird. Das Angewiesen-Sein auf andere Personen führt zu einem Verlust der Kontrolle über den eigenen Tagesablauf und ruft das Gefühl des Verlustes der persönlichen Freiheit hervor. Des Weiteren kamen Hasson et al. (2008, S. 528-529) zu der Erkenntnis, dass durch die Abhängigkeit von anderen häufig Schuldgefühle auftreten, da andere Personen Tätigkeiten übernehmen müssen oder die Betroffenen bei Aktivitäten unterstützen müssen. Die Tatsache, dass die Erkrankung nicht vorhersehbar ist und dass jede akute Phase zum Tod führen könnte, löst bei Erkrankten extremen psychischen und mentalen Stress aus.

Sowohl bei Hasson et al. (2008, S. 528-529) als auch bei Habraken et al. (2008, S. 846) wird das Phänomen Angst beschrieben. Die Angst richtet sich vor allem auf das Symptom Atemnot. Betroffene leben in ständiger Angst, bei einer Attacke allein zu sein oder die Kontrolle über die Atmung zu verlieren. Neben der Angst vor einer Atemnotattacke richten sich die Ängste auch auf die Zukunft. Durch den unvorhersehbaren Verlauf der Krankheit treten häufig Sorgen über die Zukunft und Depressionen auf (Hasson et al., 2008, S. 529). Gabriel et al. (2014, S. 974) sprechen vor allem von der Angst vor einer Verschlechterung der Erkrankung. In Bezug auf Depressionen liefern Talley und Wicks (2009, S. 146) relevante Ergebnisse. Zirka die Hälfte der Befragten weisen depressive Symptome auf, welche ein erhöhtes Risiko für eine Entwicklung einer klinischen Depression darstellen. Auch Schaefer et al. (2006, S. 324-325) liefern

Ergebnisse zum seelischen Aspekt der Lebensqualität. Durch die Abnahme der Leistungsfähigkeit und durch das „Nicht-mehr-belastbar-Sein“ stimmt der persönliche Lebensentwurf nicht mehr und die eigene Identität wird bedroht. Weiters spielt bei COPD-Betroffenen, die einer Sauerstofftherapie bedürfen, das Angestarrt-Werden aufgrund der Sauerstoffversorgung in der Öffentlichkeit eine große Rolle. Dies wird als unangenehm empfunden und ist mit Scham verbunden. Im quantitativen Ansatz von Schaefer et al. (2006, S. 328) wird in Bezug auf die seelische Situation Niedergeschlagenheit, keine Lebensfreude und das Leben als nicht lebenswert genannt. Zusammenfassend zeigen Garrido et al. (2006, o. S.), dass die Lebensqualität im seelischen Bereich bei COPD-Betroffenen geringer im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung ist. Anzumerken ist hierbei, dass dies besonders bei Frauen mit COPD und bei Patienten/Patientinnen mit schwerer COPD zutrifft.

3.3 Soziales Wohlbefinden

Der soziale Aspekt der Lebensqualität steht ebenfalls wie der seelische Aspekt in Zusammenhang mit dem körperlichen Wohlbefinden und den körperlichen Symptomen. Ek und Ternstedt (2008, S. 474-475) sprechen in erster Linie von der sozialen Isolation. Diese kann entweder durch die körperlichen Einschränkungen entstehen, das bedeutet, dass aufgrund von fehlenden körperlichen Fähigkeiten Betroffene nicht in der Lage sind, am sozialen Leben teilzuhaben. Oftmals vermeiden COPD-Patienten/Patientinnen aber auch selbst den Kontakt zu anderen Personen, obwohl sie die dafür notwendigen Kräfte hätten. Dies wird damit begründet, dass Betroffene bei einem Treffen mit anderen nichts hätten, worüber sie sich unterhalten können, da in ihrem Leben nichts passiert, über das sie reden könnten. Ein Grund für ein Leben, in dem „nichts passiert“, ist beispielsweise das Aufgeben von Aktivitäten aufgrund von körperlichen Problemen. Als Folge der sozialen Isolation tritt Einsamkeit auf. Befragten aus dieser Studie zufolge nehmen die medizinischen Probleme der Erkrankung den kleinsten Teil ein, das größte Problem sei der soziale Aspekt, welcher in der Behandlung nicht berücksichtigt wird. Habraken et al. (2008, S. 846) beschreiben, dass soziale Einschränkungen vor allem dann auftreten, wenn Betroffene aufgrund von physischen Problemen weniger mobil werden. Dies tritt besonders im Winter aufgrund der schlechten Wetterbedingungen und der damit verbundenen Angst, an einer Pneumonie zu erkranken, auf. Bendixen et al. (2014, S. 316) kamen zu der Erkenntnis, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer/Teilnehmerinnen in ihrer Studie über Kommunikationsprobleme berichten. Betroffene sind oftmals nicht in der Lage, Konversationen face-to-face oder per Telefon durchzuführen.

In der Studie von Williams et al. (2007, S. 80-82) werden ebenfalls relevante Ergebnisse zum sozialen Bereich geliefert. Demnach werden zwei konträre Themenbereiche behandelt. Der erste Themenbereich behandelt die soziale Partizipation. Hierbei kommt zum Ausdruck, dass

oftmals Tätigkeiten nicht als Aktivität wahrgenommen werden, sondern die Bedeutung der Aktivität im Vordergrund steht. Als Beispiel wird Autofahren genannt. In diesem Falle trägt das Autofahren nicht nur den Transport-Charakter, sondern vielmehr den sozialen Charakter, welcher es ermöglicht, am sozialen Leben teilzuhaben und somit der Isolation entgegenwirkt. Weiters werden in diesem Themenbereich das Ausgehen und Urlaube beschrieben. Beide Aktivitäten werden von allen teilnehmenden Personen trotz der Einschränkungen durch die Erkrankung als besonders wichtig definiert. Diese Aktivitäten stärken soziale Kontakte und Beziehungen und geben Betroffenen die Möglichkeit, sich in die Außenwelt zu integrieren.

Der zweite Themenbereich beschäftigt sich mit der sozialen Isolation. Alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen äußern soziale Isolation als ein Problem in ihrem Leben. Die Symptome Atemnot und Husten werden als Barrieren beschrieben, die Betroffene hindern, das Haus zu verlassen. Folglich nehmen Kontakte zu Freunden oder Familie ab, wodurch wiederum Einsamkeit entsteht. Das Gefühl von Einsamkeit wird von allen teilnehmenden Personen geäußert, obwohl diese Unterstützung von mindestens einer Person, meist aus der Familie, bekommen.

Auch in der Studie von Hasson et al. (2008, S. 529) berichten Teilnehmer/Teilnehmerinnen, dass die Erkrankung COPD Auswirkungen im sozialen Bereich hat. Neben der sozialen Isolation zeigen die Ergebnisse, dass auch das Familienleben beeinflusst wird, die Unabhängigkeit verloren geht und somit die Lebensqualität gesenkt wird. Zum Thema Familienleben berichten Gabriel et al. (2014, S. 972-974) von negativen Auswirkungen auf Familienaktivitäten, wie z.B. Urlaube oder Familientreffen. Diese Auswirkungen führen in weiterer Folge dazu, dass Betroffene an den Familienaktivitäten nicht teilhaben können, was Gefühle von Traurigkeit und Einsamkeit verstärkt. Obwohl Familienmitglieder von Patienten/Patientinnen als notwendige Unterstützung angesehen werden, kommt aber auch zum Ausdruck, dass Familienmitglieder oftmals eine (über)beschützende Rolle einnehmen. Die Krankheit tritt dabei in den Fokus des Familienlebens. Weiters wird von Kommunikationsproblemen in Paarbeziehungen gesprochen. Diese Schwierigkeiten zeigen sich in erster Linie bei der Bitte um Hilfe bei alltäglichen Aktivitäten, da dies mit Scham verbunden ist. In der Studie wird nicht näher erläutert, inwieweit die Bitte um Hilfe mit dem Gefühl von Scham zusammenhängt. Bei der Auseinandersetzung mit diesem Zusammenhang zeigte sich in der Literatur, dass unter anderem Schwäche und Defekte zu den wichtigsten Schamauslösern zählen (Wurmser, 1993; zitiert nach Kalbe, 2003, S. 41). Demnach lässt sich die zuvor genannte Situation so interpretieren, dass der/die Betroffene aufgrund seiner/ihrer körperlichen Schwäche und Defekte Probleme hat, um Hilfe zu bitten, da er/sie sich dafür schämt. Des Weiteren fühlen sich Betroffene von ihren Familienmitgliedern oftmals nicht verstanden. In Bezug auf Rollen und Beziehungen in der Familie zeigen die Ergebnisse, dass die Krankheit zu einem Identitätsverlust führen kann, aus welchem das

Gefühl von Machtlosigkeit resultiert, und Schwierigkeiten, die Rollen innerhalb der Familie einzuhalten, aufzutreten (Gabriel et al., 2014, S. 972-974).

Zum sozialen Aspekt der Lebensqualität zählt auch die Arbeit, welche in diesem Zusammenhang als berufliche Tätigkeit anzusehen ist. Gabriel et al. (2014, S. 972) kamen dabei zu dem Erkenntnis, dass die Symptome der Erkrankung COPD, wie Atemnot oder Fatigue, negative Auswirkungen und Einschränkungen auf die beruflichen Tätigkeiten haben. Oftmals werden Betroffene dadurch gezwungen, ihre Arbeit aufzugeben oder in Pension zu gehen. Auch Rodriguez Gonzales-Moro et al. (2009, S. 746-747) liefern Ergebnisse zum Berufsleben. Sie kamen zu dem Erkenntnis, dass bei Betroffenen mit schwerer oder sehr schwerer COPD die Auswirkungen auf die beruflichen Tätigkeiten besonders stark ausgeprägt sind und die Pensionsrate hoch ist. Eine hohe Anzahl an Krankenstandstagen zeigt sich jedoch schon bei COPD mittlerer Schwere.

3.4 Spirituelles Wohlbefinden

Passend zum spirituellen Aspekt der Lebensqualität liefern Schaefer et al. (2006, S. 326-327) relevante Ergebnisse. Sie stellen dabei die Kategorie „Mit der Situation fertig werden“ auf. In dieser Kategorie wird thematisiert, dass es sich bei COPD um eine progressiv fortschreitende Erkrankung handelt, die derzeit noch nicht geheilt werden kann. Betroffene finden jedoch einen Weg, mit diesem Wissen umzugehen und die Krankheit in ihr Leben zu integrieren. Dies erfordert eine Auseinandersetzung mit der Zukunft. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen verfügen über das Wissen, dass die Erkrankung ihr Leben begrenzt, eine ausgeprägte Pflegebedürftigkeit resultieren könnte und mit einem langen Sterbeprozess verbunden sein kann. Weiters kann jede Exazerbation zum Tod führen. Erkrankte werden daher oft mit der Bedrohung des eigenen Lebens konfrontiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Vorstellungen über ihre Zukunft sehr individuell sind. Während sich einige mit der Situation bereits abgefunden haben, eine resignative Haltung einnehmen und die Krankheit als schweres Los ansehen, welches sie zu tragen haben, verdrängen andere wiederum den Gedanken an die Zukunft, da sie sich selber nicht belasten möchten. Eine Vielzahl der Befragten hat sich bereits mit der Verschlechterung des Krankheitszustandes auseinandergesetzt. Für sie ist der Gedanke an den Tod nun nicht mehr so bedrohlich, jedoch ist ein würdiges Sterben für sie wichtig. Eine weitere Kategorie „Noch ein bisschen frei leben können mit der Krankheit“ in der Studie von Schaefer et al. (2006, S. 327) beschäftigt sich mit der Tatsache, dass die Krankheit das Leben begrenzt. Ergebnisse zeigen, dass die Befragten diese Tatsache begreifen. Sie sind dadurch zu Neubewertungen befähigt und lernen, die Zeit sinnvoll zu nutzen und auszudehnen. Durch Unterstützung von anderen können sie frei sein, und dies ist besonders wichtig, damit die eigenen Stärken in der veränderten Situation genutzt werden können.

Auch Talley und Wicks (2009, S. 145) beschäftigen sich mit der Spiritualität im Zusammenhang mit der Lebensqualität. Ihre Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Teilnehmer/Teilnehmerinnen eine hohe Erfüllung und Zufriedenheit in ihrer Beziehung zu Gott äußert. Jene Befragten, die aus der Beziehung zu Gott eine Erfüllung ziehen, zeigen eine mittelmäßige Lebensqualität auf. Dies bedeutet, dass ihre Lebensqualität zwischen sehr gering und exzellent wahrgenommen wird.

3.5 Beeinflussende Faktoren

In Anbetracht von Faktoren, die die Lebensqualität beeinflussen, steht bei Rodriguez Gonzalez-Moro et al. (2009, S. 746-747) die Stärke der Erkrankung im Mittelpunkt. Die Stärke der COPD hängt sowohl mit dem Ausmaß physischer Einschränkungen als auch mit den Auswirkungen auf berufliche Tätigkeiten, auf wirtschaftliche Faktoren und auf das Familienleben zusammen. Sie kamen dabei zu der Erkenntnis, dass bei einer schweren und/oder sehr schweren Form der COPD auch die Einschränkungen im Leben stärker sind. Jedoch ist anzumerken, dass sich bereits im Stadium 2, also bei einer COPD mittleren Schweregrades, hohe Werte in Bezug auf die Einschränkungen im Leben zeigen. Auch Talley und Wicks (2009, S. 147) sprechen von einem Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Schwere der Erkrankung. Garrido et al. (2006, o. S.) zufolge führt bereits eine COPD leichten Schweregrades zu einer reduzierten Lebensqualität. Zudem liefert die Studie relevante Ergebnisse zu weiteren beeinflussenden Faktoren. Das Geschlecht, der FEV₁-Wert, die Notwendigkeit einer Sauerstofftherapie sowie die Anzahl an Spitalsaufenthalten und Aufnahmen in die Notaufnahme werden als Einflussfaktoren definiert. Diese Faktoren spielen sowohl bei der Auswirkung auf den körperlichen als auch auf den seelischen Aspekt eine Rolle. In Bezug auf die körperlichen Auswirkungen zählen zusätzlich das Alter, der BMI (Body Mass Index) und die Bildung zu den beeinflussenden Faktoren. Akinci und Yildirim (2013, S. 35-36) untersuchten in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und subjektiver Atemnot, subjektivem Fatigue, der Schlafqualität und dem FEV₁-Wert. Ergebnisse zeigen, dass eine positive Korrelation zwischen der Lebensqualität und der Atemnot, dem Phänomen Fatigue und der Schlafqualität besteht. Dies bedeutet, dass mit einer Zunahme an Intensität dieser Faktoren die Lebensqualität sinkt. Zwischen der Lebensqualität und dem FEV₁-Wert, welcher mit zunehmender Schwere der Erkrankung sinkt, besteht eine negative Korrelation. Dies bedeutet, dass mit Abnahme des FEV₁-Wert auch die Lebensqualität sinkt.

Blindermann et al. (2009, S. 119-120) zeigen mit ihren Ergebnissen, dass ein hoher Symptom-Distress, krankheitsbezogene Dysfunktionen, ein niedriges psychologisches Wohlbefinden und das weibliche Geschlecht mit einer niedrigen Lebensqualität in Verbindung gebracht wer-

den. Weiters werden die Gefühle von Reizbarkeit und Besorgnis mit einer niedrigen Lebensqualität assoziiert. Ekici et al. (2015, S. 1589) beschreiben in ihrer Studie, dass die Schwere der Erkrankung, die Stärke der Atemnot und Angst die Lebensqualität negativ beeinflussen. Mit einem weiteren beeinflussenden Faktor in Bezug auf die Lebensqualität bei COPD-Erkrankten beschäftigen sich Hrisanfow und Hägglund (2012). Ihnen zufolge stellt die Harninkontinenz sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit COPD ein Problem dar. Diesem Problem wird jedoch wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Hirayama et al., 2005; zitiert nach Hrisanfow & Hägglund, 2012, S. 98). Ergebnisse der Studie zeigen letztlich, dass Frauen und Männer mit Harninkontinenz eine höhere Prävalenz von Husten und Schleimproduktion aufweisen als Frauen und Männer ohne Harninkontinenz. Frauen mit Harninkontinenz weisen eine geringere Lebensqualität im physischen und mentalen Bereich auf als Frauen ohne Harninkontinenz. Bei den Männern mit Inkontinenz zeigt sich die geringere Lebensqualität nur im mentalen Bereich. Sowohl der Husten als auch die Harninkontinenz sind Faktoren, die die Lebensqualität negativ beeinflussen (Hrisanfow und Hägglund, 2012, S. 100-101).

Schaefer et al. (2006, S. 325), die sich in ihrer Studie mit COPD-Betroffenen unter Langzeit-Sauerstofftherapie und deren Lebensqualität befassten, kamen zu dem Erkenntnis, dass die Art der Sauerstoffversorgung in Zusammenhang mit der Lebensqualität steht. Grundsätzlich kann die Sauerstofftherapie die Lebensqualität positiv beeinflussen, da dadurch wieder mehr Mobilität möglich ist. Bei Erkrankten, die nur über eine Sauerstoffversorgung im eigenen Haus verfügen, ist die Mobilität jedoch wieder eingeschränkt, da sie das Haus kaum verlassen können. Betroffene, die zusätzlich mit einer mobilen Stahlflasche ausgestattet sind, erleben deutlich bessere Ergebnisse in der Mobilität. Jedoch kommen der geringe Sauerstoffvorrat und das Gewicht der Stahlflasche als Nachteile hinzu. Weiters muss stets berechnet werden, für wie lange der Sauerstoff in dem Behälter reicht, denn Unvorhersehbares kann schnell in bedrohlichen Situationen enden.

3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in Bezug auf den körperlichen Aspekt der Lebensqualität die eingeschränkte Mobilität, die sich vor allem auf das Hauptsymptom Atemnot zurückführen lässt, das Hauptproblem für Betroffene darstellt (Bendixen et al., 2014; Gabriel et al., 2014; Schaefer et al., 2006; Williams et al., 2007). Ein weiteres Problem ist die Einschränkung bei der Durchführung von Haushaltsaktivitäten, wie beispielsweise Kochen oder Putzen (Bendixen et al., 2014; Williams et al., 2007). Zudem sind weitere alltägliche Aktivitäten, wie die Körperpflege oder das Anziehen von Kleidung, eingeschränkt (Bendixen et al., 2014, S. 316). Diese Betätigungen werden von Betroffenen als „Kräfte raubend“ und kraftzehrend empfunden. Des Weiteren kommen Schlafprobleme als Einschränkungen hinzu (Ek &

Ternestedt, 2008; Schaefer et al., 2006). Im körperlichen Aspekt der Lebensqualität spielen auch die Symptome eine wichtige Rolle. Für die körperlichen Einschränkungen sind vor allem die Symptome verantwortlich. Dabei steht das Hauptsymptom Atemnot im Mittelpunkt. Das Phänomen Fatigue, Müdigkeit, Erschöpfung, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Obstipation sowie Brustschmerzen und häufige Infektionen sind weitere häufige Symptome der Erkrankung (Habraken et al., 2008; Hasson et al., 2008).

Bezogen auf den seelischen Aspekt der Lebensqualität äußern Betroffene Gefühle von Einsamkeit, Versagen, Traurigkeit, Schuld und Scham. Diese entstehen vor allem dadurch, dass gewisse Aktivitäten aufgrund der körperlichen Einschränkung nicht mehr durchgeführt werden können und/oder eine Abhängigkeit von anderen Personen besteht. Weiters erleben Erkrankte oft Phasen, in denen sie ihr Leben als bedeutungslos ansehen, was so stark werden kann, dass sogar mit dem Gedanken über den Tod gespielt wird (Ek & Ternestedt, 2008; Hasson et al., 2008). Zudem treten in diesem Bereich der Lebensqualität auch Ängste auf. Diese richten sich auf die Zukunft und/oder auf das Symptom Atemnot. Betroffene haben hierbei Angst, bei einer Atemnotattacke alleine zu sein oder die Atmung nicht unter Kontrolle zu haben (Gabriel et al., 2014; Habraken et al., 2008; Hasson et al., 2008). Zusätzlich treten auch Depressionen häufig auf (Hasson et al., 2008; Talley & Wicks, 2009).

Im sozialen Bereich der Lebensqualität wird in erster Linie von der sozialen Isolation gesprochen. Die Teilnahme am sozialen Leben nimmt entweder durch die eingeschränkten körperlichen Fähigkeiten ab, andererseits werden Kontakte aber auch von Betroffenen selbst vermieden, da sie der Meinung sind, nichts zu haben, worüber sie mit anderen sprechen können. Auch die Symptome Atemnot und Husten werden als Barrieren in Bezug auf die Teilnahme am sozialen Leben genannt. Als Folge der sozialen Isolation wird häufig Einsamkeit geäußert (Ek & Ternestedt, 2008; Williams et al., 2008). Der soziale Aspekt der Lebensqualität beinhaltet auch das Familienleben. Hierbei werden vor allem Einschränkungen bei Familienaktivitäten und Kommunikationsprobleme innerhalb der Familie genannt (Gabriel et al., 2014; Hasson et al., 2008). Weiters ist auch die berufliche Tätigkeit, die in den sozialen Bereich fällt, von der Erkrankung eingeschränkt. Hierbei kann es zu einem erzwungenen Aufgeben der Arbeit, zu häufigeren Pensionierungen oder zu vermehrten Krankenständen kommen (Gabriel et al., 2008; Rodriguez Gonzales-Moro et al., 2009).

Im spirituellen Bereich der Lebensqualität steht vor allem die Tatsache, dass es sich bei COPD um eine progressiv fortschreitende Erkrankung handelt, die das Leben begrenzt, zu einer ausgeprägten Pflegebedürftigkeit und/oder zu einem langen Sterbeprozess führen kann. Befragte äußern dabei individuelle Vorstellungen über ihre Zukunft. Einige setzen sich mit der eigenen Zukunft auseinander, andere verdrängen den Gedanken wiederum. Ergebnisse zeigen, dass

Befragte die Tatsache, dass die Erkrankung das Leben begrenzt, begreifen und dadurch lernen, die Zeit sinnvoll zu nutzen (Schaefer et al., 2006, S. 326-327). Des Weiteren zeigt sich, dass Betroffene, die eine hohe Zufriedenheit und Erfüllung aus der Beziehung zu Gott ziehen, ihre Lebensqualität als mittelmäßig einschätzen (Talley & Wicks, 2009, S. 145).

Ergebnisse in Bezug auf Einflussfaktoren auf die Lebensqualität zeigen, dass die Schwere/Stärke der Erkrankung eine wichtige Rolle spielt (Ekici et al., 2015; Garrido et al., 2006; Rodriguez Gonzalez-Moro et al., 2009; Talley & Wicks, 2009). Weitere beeinflussende Faktoren sind das Geschlecht, der FEV₁-Wert, die Notwendigkeit einer Sauerstofftherapie sowie die Anzahl an Spitalsaufenthalten und Aufnahmen in die Notaufnahme. In Bezug auf die körperlichen Auswirkungen zählen zusätzlich das Alter, der BMI (Body Mass Index) und die Bildung zu den beeinflussenden Faktoren (Garrido et al., 2006, o. S.). Auch die subjektive Atemnot, subjektives Fatigue, die Schlafqualität und der FEV₁-Wert beeinflussen die Lebensqualität (Akinci & Yildirim, 2013; S. 35-36). Des Weiteren werden ein hoher Symptom-Distress, krankheitsbezogene Dysfunktionen, ein niedriges psychologisches Wohlbefinden, das weibliche Geschlecht und Gefühle von Reizbarkeit und Besorgnis mit einer niedrigen Lebensqualität in Verbindung gebracht (Blindermann et al., 2009, S. 119-120). Zusätzlich werden die Stärke der Atemnot, Angst und Harninkontinenz als Einflussfaktoren definiert (Ekici et al., 2015; Hrisanfow & Hägglund, 2012). Ein weiterer beeinflussender Faktor ist die Art der Sauerstoffversorgung bei Betroffenen unter Langzeitsauerstofftherapie (Schaefer et al., 2006, S. 325).

Zur grafischen Veranschaulichung der gewonnenen Ergebnisse wurde im Folgenden eine Abbildung erstellt, die sich an dem Lebensqualitätsmodell nach Ferrell et al. (1995), welches den theoretischen Hintergrund der Arbeit bildet, orientiert. Die Abbildung soll die Ergebnisse bildlich zusammenfassen und aufzeigen, inwieweit das Lebensqualitätsmodell nach Ferrell et al. (1995) auf das Krankheitsbild COPD umgelegt werden kann. Im nächsten Kapitel, im Diskussionsteil, wird dies näher beschrieben und diskutiert.

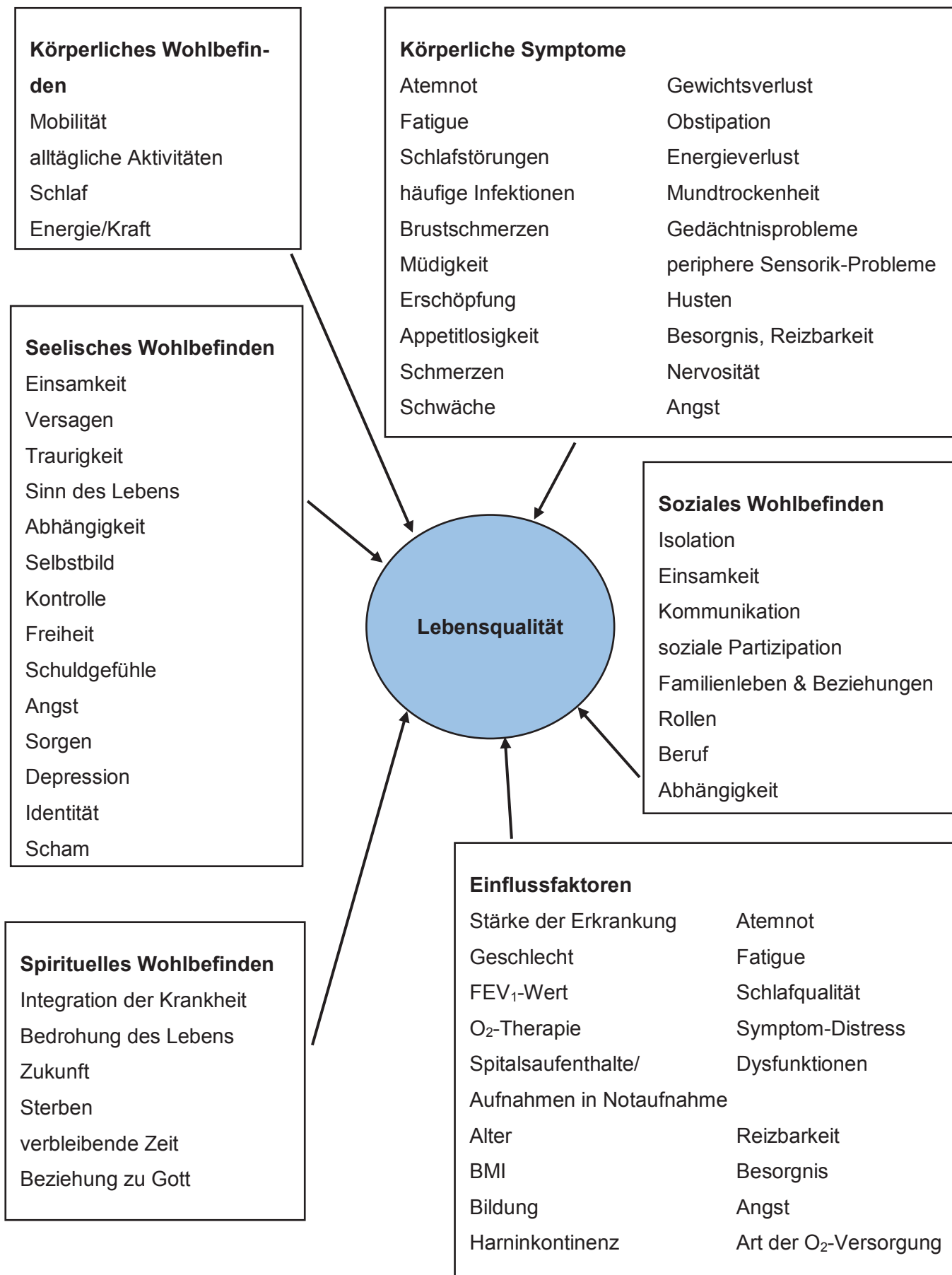


Abbildung 3: Lebensqualität bei COPD-Betroffenen (eigene Darstellung)

4 Diskussion und Limitationen

Die gewonnenen Erkenntnisse der Arbeit werden nun im Folgenden einander übergestellt und verglichen. Weiters wird diskutiert, inwieweit sich das Lebensqualitätsmodell nach Ferrell et al. (1995), das ursprünglich anhand von Krebspatienten/Krebspatientinnen entwickelt wurde, auf das Krankheitsbild COPD umlegen lässt. Zusätzlich wird auf das Pflegemodell nach Grypdonck (1996), welches ebenfalls in die Arbeit aufgenommen wurde, Bezug genommen. Die Limitationen und Einschränkungen der Arbeit werden ebenfalls in diesem Kapitel beschrieben.

Die Lebensqualität von COPD-Betroffenen ist in allen vier Bereichen (körperlich, seelisch, sozial und spirituell) des Lebensqualitätsmodells nach Ferrell et al. (1995) eingeschränkt. Anzumerken hierbei ist jedoch, dass die Studien zum spirituellen Bereich die wenigsten Erkenntnisse lieferten. Lediglich in zwei der eingeschlossenen Studien wurde der spirituelle Aspekt behandelt. Es wird hierbei jedoch nicht ausgedrückt, ob dieser Bereich für Betroffene von weniger Bedeutung ist oder ob die Forschung in diesem Aspekt noch Defizite aufweist. Die anderen drei Bereiche der Lebensqualität, der körperliche, der seelische und der soziale Aspekt, wurden nahezu im gleichen Ausmaß in den Studien behandelt. Neben den verschiedenen Aspekten der Lebensqualität konnten ebenfalls Ergebnisse zu den Einflussfaktoren auf die Lebensqualität gewonnen werden. Aus diesen Studien lässt sich schließen, dass es wichtig ist, sich zuvor mit den Einflussfaktoren auseinanderzusetzen, um im Anschluss Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität treffen zu können.

Im körperlichen und seelischen Bereich konnte in den verschiedenen Studien eine Ähnlichkeit der Ergebnisse festgestellt werden, was als Zeichen für die Validität der Ergebnisse interpretiert wird. Auch zum sozialen Aspekt konnten viele ähnliche Ergebnisse aus den Studien gewonnen werden. Lediglich in Bezug auf die soziale Isolation gab es unterschiedliche Ergebnisse. Während Ek und Ternestedt (2008) und Williams et al. (2008) die soziale Isolation als eines der größten Probleme beschreiben, stellte bei Schaefer et al. (2006) dieses Problem einen geringen Zusammenhang mit einer eingeschränkten Lebensqualität dar. Dieser Unterschied lässt sich möglicherweise auf die unterschiedlichen Arten der Studien zurückführen. Ek und Ternestedt (2008) und Williams et al. (2008) lieferten mithilfe einer qualitativen Untersuchung dieses Ergebnis, während Schaefer et al. (2006) in ihrem quantitativen Ansatz der Studie zu diesem Ergebnis kamen. In den drei zuvor beschriebenen Bereichen (körperlich, seelisch, sozial) überwiegt, wie zuvor bereits aufgezeigt, der Anteil an Ähnlichkeiten, was als Zeichen für die Validität spricht. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die meisten COPD-Betroffenen mit den Einschränkungen und Probleme, die aus dem Ergebnisteil hervor-

gehen, im Leben konfrontiert werden. Beispielhaft werden hier Mobilitätsprobleme, die eingeschränkte Durchführung alltäglicher Aktivitäten, Ängste, Abhängigkeit, Isolation und Einsamkeit als Probleme und Einschränkungen, mit denen der Großteil der Erkrankten im Leben zu kämpfen hat, angeführt.

Da zum spirituellen Bereich die Ergebnisse aus nur zwei Studien gewonnen wurden, konnte hier keine Ähnlichkeit der Ergebnisse festgestellt werden. Hierbei lässt sich auch die Vermutung aufstellen, dass der spirituelle Bereich einen stark subjektiven Charakter besitzt und/oder schwer zu beforschen ist.

Bei den Einflussfaktoren auf die Lebensqualität konnten ebenfalls Gemeinsamkeiten in den Studien gefunden werden. Einige der Ergebnisse konnten jedoch in nur einer Studie gefunden werden. In weiterer Folge bedeutet dies, dass nicht nur die Lebensqualität an sich, sondern auch die Einflussfaktoren sehr individuelle sind. Bei den Einflussfaktoren zeigen sich teilweise Überschneidungen mit den körperlichen Symptomen, wodurch angenommen werden kann, dass die Symptome als Einflussfaktoren betrachtet werden können. Zwei der eingeschlossenen Studien beschäftigen sich in Bezug auf die Einflussfaktoren mit nicht krankheits-spezifischen Faktoren, wie z.B. mit dem Geschlecht. Als bemerkenswert ist hierbei festzustellen, dass das weibliche Geschlecht mit einer niedrigeren Lebensqualität verbunden ist. Hierbei stellt sich die Frage, ob dies auf die unterschiedlichen körperlichen Anlagen oder auf die unterschiedlichen Rollen und Erwartungen im Leben der Geschlechter zurückzuführen ist. Die anderen Studien, die Einflussfaktoren auf die Lebensqualität beinhalten, beforschten den Zusammenhang vom Geschlecht und der Lebensqualität nicht.

Wird das Lebensqualitätsmodell nach Ferrell et al. (1995), welches im Kapitel der Begriffsdefinition von Lebensqualität beschrieben wird, mit den gewonnenen Ergebnissen, die im Kapitel zuvor in Form einer Abbildung zusammengefasst wurden, verglichen, können sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen festgestellt werden. Es gibt auch Themenbereiche in den Ergebnissen, die im Modell von Ferrell et al. (1995) nicht explizit dargestellt sind, jedoch in die genannten Bereiche des Modells eingeordnet werden können.

Weiters konnten mithilfe der Ergebnisse Bereiche identifiziert werden, die im Lebensqualitätsmodell nach Ferrell et al. (1995) nicht vorkommen. Dies sind beispielsweise Einsamkeit, Scham, Schuldgefühle, Abhängigkeit, Freiheit, Kommunikation und Zukunft. Die meisten dieser Themenbereiche sind dem seelischen Aspekt zugeordnet. Folglich entsteht die Annahme, dass die Erkrankung COPD besonders stark das seelische Wohlbefinden und die Psyche Betroffener beeinflusst. Weiters lässt sich daraus schließen, dass die Erkrankung ein Risiko für die Entstehung psychischer Krankheiten darstellen kann.

Des Weiteren konnte der Bereich *Einflussfaktoren auf die Lebensqualität* identifiziert werden. Jener Bereich wird im Modell nach Ferrell et al. (1995) nicht explizit mit eingeschlossen. Hierbei zeigen sich jedoch, wie schon zuvor erläutert, Überschneidungen mit den körperlichen Symptomen. Einige der eingeschlossenen Studien behandelten die Einflussfaktoren im Zusammenhang mit der Lebensqualität jedoch als separaten Aspekt, weshalb diese auch in die Ergebnisse als eigener Aspekt mitaufgenommen wurde.

Neben den neu gewonnenen Bereichen finden sich im Modell von Ferrell et al. (1995) jedoch auch Themen, die aus den Ergebnissen nicht hervorgehen: Im körperlichen Bereich konnte das Thema *Fertilität* nicht identifiziert werden. Die Themen *Freude/Entspannung*, *Erkennen/Aufmerksamkeit* und *Belastung durch Diagnose und Therapieüberwachung*, die mit dem seelischen Aspekt verbunden wurden, konnten in den Ergebnissen dieser Arbeit nicht gefunden werden. Im sozialen Bereich finden sich die Themen *Erscheinungsbild*, *Freude* und *Finanzen*. Zu diesen Bereichen konnten in den Studien keine konkreten Ergebnisse gefunden werden. Im spirituellen Bereich kam es zu keinen eindeutigen Übereinstimmungen. Hierbei stellt sich wieder die Frage, warum diese Themen in den Studien nicht behandelt wurden. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass jene Bereiche für COPD-Betroffene nicht im Mittelpunkt des Lebens stehen, und deswegen in den Studien nicht genannt werden. Ein weiterer Grund könnte sein, dass diese Themen in den Studien nicht explizit beforscht wurden. Dies bedeutet, dass die Teilnehmenden bezüglich der Bereiche nicht befragt wurden oder die verwendeten Fragebögen diese nicht beinhaltet. Zusätzlich kommt hinzu, dass die Bereiche im Modell von Ferrell et al. (1995) nicht näher erläutert wurden und teilweise als Überbegriff für verschiedene Unterkategorien gelten können. Das bedeutet, dass bestimmte Themen aus den gewonnenen Ergebnissen in gewisser Weise doch in die nicht explizit identifizierten Bereiche eingeteilt werden könnten.

Warum manche Themen im Modell behandelt werden, jedoch in den Ergebnissen nicht vorkamen oder umgekehrt, lässt sich einerseits auch auf die Limitationen der Arbeit zurückzuführen sein. Andererseits spielt die Individualität der Krankheitsbilder eine entscheidende Rolle. Auch die Tatsache, dass es sich bei dem Begriff *Lebensqualität* um eine subjektive Wahrnehmung handelt und einer subjektiven Bewertung bedarf, kann als Argumentation für die Abweichungen argumentiert werden.

Inwieweit das Lebensqualitätsmodell nach Ferrell et al. (1995), welches anhand von Krebskranken entwickelt wurde, nun auf die Erkrankung COPD umgelegt werden kann, zeigen die Übereinstimmungen des Modells mit den Ergebnissen dieser Arbeit. Obwohl es zu einigen Abweichungen kam, überwiegt jedoch der Teil an Übereinstimmungen. Aus diesem Grunde kann schlussfolgernd festgehalten werden, dass das Modell nach Ferrell et al. (1995) auf die

Erkrankung COPD umgelegt werden kann. Festzuhalten ist hierbei jedoch, dass die Individualität der Person und des Krankheitsbildes berücksichtigt werden sollte. Dies bedeutet, dass das Modell auch häufig mit Abweichungen konfrontiert werden kann.

Zur Beschreibung der Relevanz für die Pflege wurde das Pflegemodell „Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker“ von Grypdonck aus dem Jahr 1996, welches im Kapitel der Problembeschreibung und Relevanz für die Pflege beschrieben wird, herangezogen. In Anbetracht dieses Modells im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit kann festgehalten werden, dass die vier Aufgaben der Pflege aus dem Modell zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen können. Daraus lässt sich schließen, dass die Pflege in der Betreuung COPD-Betroffener eine wichtige Rolle einnimmt und die Lebensqualität positiv beeinflussen kann. Welche Auswirkungen und Folgen das gewonnene Wissen schließlich für pflegerische Tätigkeiten hat, wird im nächsten Kapitel, im Resümee, näher erläutert.

Zum Abschluss des Kapitels werden im Folgenden nun die Limitationen und Einschränkungen der Arbeit beschrieben.

Eine Limitation dieser Arbeit besteht darin, dass sich der Zeitraum der eingeschlossenen Studien auf die letzten zwölf Jahre und der Kulturraum auf die westlichen Industriestaaten beschränken. Weiters wurde die Literaturrecherche von der Autorin alleine durchgeführt, und für die Recherche wurden nur ausgewählte verschiedene pflegerelevante Datenbanken verwendet, wodurch kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht. In Datenbanken aus anderen Disziplinen, beispielsweise die Psychologie oder Soziologie, die ebenfalls zu dem Thema geforscht haben könnten, wurde keine Recherche durchgeführt.

Da alle Studien, mit Ausnahme einer deutschen Studie, in englischer Sprache verfasst wurden, können mögliche Übersetzungsfehler aufgrund der Fremdsprache nicht ausgeschlossen werden. Zusätzlich lässt sich diskutieren, inwieweit sich die Ergebnisse von Studien, die einen anderen kulturellen Hintergrund aufweisen, wie beispielsweise Studien aus der Türkei, auf den deutschsprachigen Raum übertragen lassen.

Eine weitere Limitation stellt die Tatsache dar, dass in einigen der qualitativen Studien mit einer geringen Anzahl von Befragten, beispielsweise lediglich mit sechs Teilnehmer/Teilnehmerinnen in der Studie, geforscht wurde und dadurch die Ergebnisse in ihrer Generalisierung eingeschränkt sein könnten. Des Weiteren gestaltete sich die Recherche nach Literatur, die sich allgemein mit Lebensqualität bei COPD-Betroffenen beschäftigt, als schwierig. Aus diesem Grunde wurden auch Studien, welche nicht explizit die Lebensqualität erforschten, sich jedoch mit den Bereichen der Lebensqualität beschäftigen, miteinbezogen.

Eine weitere Einschränkung der Arbeit lässt sich darauf zurückführen, dass lediglich mit dem allgemeinen Begriff *Lebensqualität* und nicht nach allen vier Aspekten der Lebensqualität explizit recherchiert wurde. Dies lässt sich damit begründen, dass dies den Rahmen und das Ausmaß einer Bachelorarbeit überschreiten würde. Da sich die Arbeit als Ziel gesetzt hat, einen allgemeinen Überblick über die Lebensqualität von Menschen mit COPD zu geben, wurde das Thema nicht auf bestimmte Bereiche der Lebensqualität eingeschränkt, sondern liefert einen Überblick über alle Bereiche.

Aus der Begriffsdefinition von Lebensqualität geht hervor, dass der allgemeine Begriff *Lebensqualität* und der Begriff *gesundheitsbezogene Lebensqualität* aus theoretischer Sichtweise voneinander differenziert werden sollten. In den eingeschlossenen Studien wurden zwischen den Begriffen jedoch nicht immer eindeutig unterschieden, weshalb im Rahmen der Arbeit ebenfalls keine Differenzierung der Begriffe gemacht wurde. Weiters wurden in diese Arbeit alle erwachsenen COPD-Betroffenen miteinbezogen. Es kam zu keiner Differenzierung zwischen den verschiedenen Altersstufen, wodurch aus der Arbeit nicht hervorgeht, ob die Lebensqualität eines/einer 40-jährigen COPD-Betroffenen stärker oder weniger beeinflusst wird, als die eines/einer 80-Jährigen. Ebenso wurde nicht differenziert, inwieweit und ob sich die Lebensqualität mit der Dauer der Erkrankung verändert.

5 Resümee

Bei der Bearbeitung des Themas im Rahmen dieser Arbeit wurde ersichtlich, dass COPD-Betroffene im körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Aspekt der Lebensqualität Einschränkungen erleben. Weiters konnten neben den Symptomen, die zu den Einschränkungen führen, auch Einflussfaktoren auf die Lebensqualität identifiziert werden. Das Lebensqualitätsmodell nach Ferrell et al. (1995) weist im Vergleich mit den Ergebnissen aus der Literatur viele Übereinstimmungen auf, weshalb schlussfolgernd die Erkenntnis gezogen werden konnte, dass das Modell auf die chronische Erkrankung COPD umgelegt werden kann. Des Weiteren konnte der Zusammenhang mit dem Pflegemodell von Grypdonck aus dem Jahr 1996, welches zur Beschreibung der Relevanz für die Pflege herangezogen wurde, hergestellt und beschrieben werden.

Zusammenfassend kann trotz einer geringen Anzahl an Literatur und der Limitationen gesagt werden, dass die definierte Fragestellung „Wie werden die Aspekte der Lebensqualität von der chronischen Erkrankung COPD beeinflusst?“ ausreichend und mit wissenschaftlicher Literatur unterlegt beantwortet werden konnte. Durch das Aufzeigen der Problematik konnte ein Schritt getätigt werden, um die Aufmerksamkeit gegenüber der Erkrankung COPD zu erhöhen. Es ist dennoch Potenzial vorhanden, um in Zukunft weitere Forschungen zu diesem Thema durchzuführen. Gerade im deutschsprachigen Raum, in welchem derzeit noch ein Defizit von Forschungserkenntnissen zu dem Thema besteht, wären weitere Forschungen anzustreben. Weiters sollten besonders in den pflegerischen Bereich in Bezug auf die Erkrankung COPD Erkenntnisse aus der Forschung in den Pflegealltag integriert werden.

Im stationären Setting sollte bei der Pflege und Betreuung COPD nicht nur die aktuelle medizinische Problematik betrachtet werden, sondern der Patient/die Patientin und sein/ihr Leben an sich bzw. seine/ihre Lebensqualität sollten berücksichtigt werden. Auch im extramuralen Setting, in welchem die Pflege im häuslichen Umfeld stattfindet und somit bereits eine Unterstützung im Alltag gegeben ist, sollten trotzdem vermehrt die Aspekte der Lebensqualität berücksichtigt werden. Der Fokus hierbei sollte nicht nur auf jene Tätigkeiten, die von der extramuralen Pflege übernommen werden, gelegt werden, sondern der/die Betroffene sollte als Gesamtes in seiner/ihrer Umwelt und unter Berücksichtigung aller vier Bereiche der Lebensqualität betrachtet und betreut werden.

Schlussfolgernd ist aus dem gewonnenen Wissen durch die Ergebnisse ersichtlich, dass Pflegepersonen bei der Betreuung COPD-Betroffener den Fokus nicht nur auf die medizinischen Faktoren, die Symptome und die daraus resultierenden pflegerischen Tätigkeiten, wie die Unterstützung bei der Körperpflege, legen sollten, sondern den/die Betroffene mit ihrer/seiner

Krankheit in allen Aspekten der Lebensqualität (körperlich, seelisch, sozial, spirituell) betrachten sollen. Dies bedeutet, dass die Pflege einerseits eine unterstützende und helfende Funktion, beispielsweise Hilfe beim Anziehen, einnimmt, andererseits aber auch in der Prävention und Beratung tätig sein sollte. Die Prävention und die Beratung stellen vor allem Möglichkeiten dar, das alltägliche Leben und die damit verbundene Lebensqualität auf langfristige Sicht verbessern zu können. Weiters geht aus den Ergebnissen hervor, dass der soziale Aspekt für Betroffene von großer Bedeutung und Wichtigkeit ist. Aus diesem Grunde kann der Miteinbezug der Familie und des sozialen Umfeldes in die Pflege positive Auswirkungen auf die Lebensqualität haben. Auch die Funktion der Pflege als Koordinator, z.B. zwischen den unterschiedlichen Disziplinen wie der Physiotherapie oder Psychotherapie, ist bei der Pflege und Betreuung unter Berücksichtigung aller Bereiche der Lebensqualität essentiell.

6 Literaturverzeichnis

- Akinci, A. C. & Yildirim, E. (2013). Factors affecting health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 31-38. DOI 10.1111/ijn.12034.
- Arznei und Vernunft. (Hrsg.). (2014a). *COPD: Patienteninformation Chronisch obstruktive Lungenerkrankung*. Zugriff am 19.03.2018 unter http://arzneiundvernunft.at/uploads/140826-Patienteninformation-COPD_473_DE.pdf.
- Arznei und Vernunft. (Hrsg.). (2014b). *COPD: chronisch obstruktive Lungenerkrankung*. Zugriff am 26.02.2018 unter http://www.arzneiundvernunft.at/uploads/140826-Leitlinie-COPD_472_DE.pdf.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. Auflage). Bern: Huber.
- Bendixen, H. J., Ejlersen Wæhrens, E., Wilcke, J. T. & Sørensen, L. V. (2014). Self-reported quality of ADL task performance among patients with COPD exacerbations. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 21(4), 313-320. DOI 10.3109/11038128.2014.899621.
- Blindermann, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Tennstedt, S. & Portenoy, R. K. (2009). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28, 115-123. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2008.07.006.
- Bork, E. (2009). Konzept der Lebensqualität gewinnt an Bedeutung. *Die Schwester der Pfleger*, 2, 152-156.
- Chronisch Krank Österreich. (o.J.). *Definition chronisch & akut / Gesundheit & Krankheit*. Zugriff am 05.02.2018 unter <http://chronischkrank.at/infos/betrieb-und-kontrolle/>.
- Collins. (Hrsg.). (2011). *Großes Schul- und Studienwörterbuch: Englisch – Deutsch*. München: Langenscheidt.
- COPD – Deutschland e.V. (Hrsg.). (2016). *COPD: Auswirkungen auf Alltag, Psyche und Lebensqualität*. Duisburg: Crossmed GmbH.
- Deutsche Atemwegsliga e.V. (2017). *Was ist COPD?*. Zugriff am 05.02.2018 unter <https://www.atemwegsliga.de/copd.html>.

- Ek, K. & Ternstedt, B.-M. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 470-478. DOI 10.1111/j.1365-2648.2008.04611.x.
- Ekici, A., Bulcun, E., Karakoc, T., Senturk, E. & Ekici, M. (2015). Factors Associated With Quality of Life in Subjects With Stable COPD. *Respiratory Care*, 60(11), 1585-1591. DOI 10.4187/respcare.03904.
- European Commission. (o.J.). *Major and chronic diseases: Policy*. Zugriff am 05.02.2018 unter https://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/policy_en.
- Ferrell, B. R., Hassey Dow, K. & Grant, M. (1995). Measurement of quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research*, 4, 523-531. Zugriff am 23.03.2018 unter <http://prc.coh.org/Ferrell,%20Dow,%20Grant%201995%20Q%20of%20L%20in%20survivors.pdf>.
- Gabriel, R., Figueiredo, D., Jácome, C., Cruz, J. & Marques, A. (2014). Day-to-day living with severe chronic obstructive pulmonary disease: Towards a family-based approach to the illness impacts. *Psychology & Health*, 29(8), 967-983. DOI 10.1080/08870446.2014.902458.
- Garrido, P. C., de Miguel Díez, J., Gutiérrez, J. R., Centeno, A. M., Vázquez, E. G., de Miguel, Á. G., Carballo, M. G. & García, R. J. (2006). Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPI-DEPOC study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4 (31), o.S. DOI 10.1186/1477-7525-4-31.
- Gesundheit Österreich GmbH. (Hrsg.). (2013). *Fokus Qualität 1 Themenqualitätsbericht COPD*. Zugriff am 10.11.2017 unter https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/3/7/CH1330/CMS1373539599561/themenbericht_copd_final.pdf.
- Gillissen, A. & Welte, T. (Hrsg.). (2014). *Weißbuch Lunge 2014*. Herne: Frischtexte.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (Hrsg.). (2017). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, and Prevention: A Guide for Health Care Professionals*. Zugriff am 05.02.2018 unter <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>.
- Habraken, J. H., Pols, J., Bindels, P. JE. & Willens, D. L. (2008). The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58, 844-849. DOI 10.3399/bjgp08X376186.

- Hahn, J.-M. (2007). *Checkliste Innere Medizin* (5. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Hasseler, M. & Wilhelm, H.-J. (2013). Lebensqualität - Ein Modewort in Pflege und Gesundheit: Nicht allein ein Outcome-Erlebnis pflegerischer Maßnahmen. *Pflegezeitschrift*, 66 (8), 472-476.
- Hasson, F., Spence, A., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Watson, B. & Cochrane, B. (2008). I can not get a breath: experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(11), 526-531. Zugriff am 13.11.2017 unter <http://web-1b-1ebscohost-1com1000c3cqh0f2a.han.fhwn.ac.at/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=4e26208ae2fe-42a6-aa38-be4beb614ffd%40sessionmgr103>.
- Hrisanfow, E. & Hägglund, D. (2012). Impact of cough and urinary incontinence on quality of life in women and men with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1/2), 97-105. DOI 10.1111/j.1365-2702.2012.04143.x.
- Kalbe, W. (2003). *Scham – Komponenten, Determinanten, Dimensionen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe* (2., überarbeitete Auflage). Wien: Facultas.
- Koller, M., Neugebauer, E. A. M., Augustin, M., Büssing, A., Farin, E., Klinikhammer-Schalke, M., Lorenz, W., Münch, K., Petersen-Ewert, C., von Steinbüchel, N. & Wieseler, B. (2009). Die Erfassung der Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. *Gesundheitswesen*, 71, 864-872. DOI 10.1055/s-0029-1239516.
- Maochun, W., Zequan, W., Manman, L. & Kun, L. (2017). Daily Symptom Variability in Patients With Stable COPD: A Narrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 0(0), 1-19. DOI 10.1177/0193945917705132.
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und basiswissen für das Studium* (4. Auflage). Wien: Facultas.
- Naegele, G. (Hrsg.). (2010). *Soziale Lebenslaufpolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Oö. Gesundheits- und Spitals-AG. (2016). Chronische Erkrankungen – für immer krank?!. *visite*, 45, 6-7.

- Österreichische Lungenunion. (o.J.). *COPD*. Zugriff am 05.02.2018 unter <http://www.lungenunion.at/index.php/erkrankungen/atemwege/copd>.
- Panfil, E.-M. & Ivanovic, N. (2011). Methodenpapier FIT-Nursing Care – Version 1.0 Stand Juni 2011. *FIT- Nursing Care*. Zugriff am 1.3.2018 unter https://www.fit-care.ch/documents/8165518/0/110615_Methodenpapier_FIT%2BNC_Juni.pdf/a6d68f1c-55c9-4d09-982f-b40a374c0b2c.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Rodriguez Gonzales-Moro, J. M., de Lucas Ramos, P., Izquierdo Alonso, J. L., López-Muniz Ballesteros, B., Antón Díaz, E., Ribera, X. & Martín, A. (2009). Impact of COPD severity on physical disability and daily living activities: EDIP-EPOC I and EDIP-EPOC II studies. *International Journal of Clinical Practice*, 63(5), 742-750. DOI 10.1111/j.17421241.2009.02040.x.
- Schaefer, I. L., Dorschner, S. & Behrens, J. (2006). Lebensqualität von COPD-Patienten unter Langzeit-Sauerstofftherapie. *Pflegewissenschaft*, 9 (5), 321-331.
- Seidl, E. & Walter, I. (Hrsg.). (2005). *Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag: Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantationen*. Wien: Wilhelm Maudrich.
- Steinkamp, G., Dierkesmann, R., Gillissen, A., Lindner, M., Mitfessel, H., Morr, H., Pfeifer, M., Schultze-Werninghaus, G., Sybrecht, G. & Worth, H. (2005). COPD und Psyche - ein Überblick. *Pneumologie*, 59, 819-830. DOI 10.1055/s-2005-915559.
- Talley, C. H. & Wicks, M. N. (2009). A pilot study of the self-reported quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Issues in pulmonary nursing*, 38 (2), 141-150. DOI 10.1016/j.hrtlng.2008.05.001.
- WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. (Hrsg.). (2008). *Wie lassen sich DiseaseManagement-Programme unter Einbeziehung sämtlicher Versorgungsumgebungen und –dienstleister durchführen?*. Zugriff am 05.02.2018 unter <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107976/2/E93416G.pdf>.
- Williams, V., Bruton, A., Ellis-Hills, C. & McPheron, K. (2007). What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study. *Chronic Respiratory Disease*, 4, 77-85. DOI 10.1177/1479972307078482.

World Health Organization. (2017). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Facts*.
Zugriff am 08.02.2018 unter <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>.

Z'Brun Schnyer, S., Ausserhofer, D. & Fritz, E. (2012). Der Einfluss von Chemotherapie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit onkologischen Erkrankungen: Eine systematische Literaturübersicht. *Pflegewissenschaft*, 7-8, 415-428.

Zwick, H. (Hrsg.). (2004). *Praxishandbuch COPD*. Bremen: Uni-Med.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lebensqualitätsmodell	13
Abbildung 2: Flussdiagramm	22
Abbildung 3: Lebensqualität bei COPD-Betroffenen	52

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien.....	18
Tabelle 2: Suchprotokoll.....	20
Tabelle 3: Literaturüberblick.....	24
Tabelle 4: Einschätzung von qualitativen Studien anhand des Ampelschemas.....	38
Tabelle 5: Einschätzung von quantitativen Studien anhand des Ampelschemas	39

9 Anhang

Anhang 1	Beurteilungshilfe	1
Anhang 2	Ausgefüllte Beurteilungshilfen	2
Anhang 3	Eidesstattliche Erklärung	8
Anhang 4	Einverständniserklärung	9

Anhang 1 Beurteilungshilfe

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? |
| 7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? |

Aussagekraft

- | | |
|---|--|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? |

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study (Ek & Ternestedt, 2008)

Forschungsfrage: Beschreibung der essentiellen Strukturen des Erlebens mit der Erkrankung COPD in der palliativen Phase

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Das Forschungsziel wird genannt und klar formuliert, eine Forschungsfrage wird allerdings nicht direkt erläutert.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Ein phänomenologisches Design wurde angewendet.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Die Literaturrecherche wird nicht genau beschrieben, die Forscher/Forscherinnen beziehen sich jedoch im Rahmen der Einleitung auf vorherige Studien und begründen dadurch ihr Vorgehen.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Wie erfolgt die Auswahl? Es wurde auf die Einschlusskriterien für die Teilnehmerauswahl eingegangen, die weitere Auswahl wird ebenfalls beschrieben.
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	Auch die Perspektive des Forschers? Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden beschrieben, ihr Umfeld wurde kaum beschrieben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Methode der Datensammlung? Interviews (Dauer: zwischen 20-90 Min.) mit offenen Fragen wurden durchgeführt, aufgenommen und anschließend wortwörtlich transkribiert
7. Wie erfolgt die Analyse der Daten?	Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Interviews wurden gelesen, es wurden Kategorien gebildet, welche in Key-Bestandteile transformiert wurden
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Wenn nein: warum nicht? In den Limitationen wird beschrieben, dass es sich um eine geringe Stichprobe aus nur einem geografischen Setting handelt.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Die Ergebnisse sind ausführlich beschrieben, übersichtlich in verschiedene Bereiche unterteilt und mit Zitaten veranschaulicht.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Im Diskussionsteil wurden die Erkenntnisse der durchgeführten Studie mit den Ergebnissen von vorherigen Studien verglichen und bestätigt.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Day-to-day living with severe chronic obstructive pulmonary disease: Towards a family-based approach to the illness impacts (Gabriel, Figueiredo, Jácome, Cruz & Marques, 2014)

Forschungsfrage: Untersuchung der Auswirkungen von COPD auf das Familienleben aus der Sicht von Betroffenen selbst und ihrer Familienmitglieder

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Das Forschungsziel wird genannt und klar formuliert, eine Forschungsfrage wird allerdings nicht direkt erläutert.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Es handelt sich um eine Beobachtungsstudie und Querschnittstudie.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Die Literaturrecherche wird nicht genau beschrieben, die Forscher/Forscherinnen beziehen sich jedoch im Rahmen der Einleitung auf vorherige Studien und begründen dadurch ihr Vorgehen.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Wie erfolgt die Auswahl? Es wurde auf die Einschlusskriterien für die Teilnehmerauswahl eingegangen, die weitere Auswahl wird allerdings ungenau beschrieben.
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	Auch die Perspektive des Forschers? Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen und ihr Umfeld wurden ausreichend beschrieben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Methode der Datensammlung? Individuelle Interviews mit offenen Fragen wurden gleichzeitig mit Betroffenen und Familienmitgliedern durchgeführt, jedoch an verschiedenen Orten (Durchschnittsdauer: Betroffene: 46,7 min., Familienmitglieder: 50, 7 Min.), Interviews wurden aufgenommen und anschließend wortwörtlich transkribiert
7. Wie erfolgt die Analyse der Daten?	Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Daten wurden mithilfe thematischer Analyse analysiert, kodiert und in Themen kategorisiert
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Wenn nein: warum nicht? Dies wurde innerhalb der Studie nicht ersichtlich, es wurden jedoch Limitationen beschrieben, u.a. dass sich COPD-Betroffene in dieser Studie in einer chronischen Phase befanden, Untersuchungen in Phasen der Krise oder in der terminalen Phase müssen weiter erforscht werden
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Die Ergebnisse sind ausführlich beschrieben, übersichtlich in Perspektive der Betroffenen und in die Perspektive der Familienmitglieder unterteilt und mit Zitaten veranschaulicht.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Im Diskussionsteil wurden die Erkenntnisse der durchgeführten Studie mit den Ergebnissen von vorherigen Studien verglichen und bestätigt.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study (Habraken, Pols, Bindels & Willems, 2008)

Forschungsfrage: „Why do patients with end-stage COPD not actively express a wish for help?“

Ziel: Erklärung warum Patienten/Patientinnen mit COPD im Endstadium dazu tendieren, keinen Wunsch nach Hilfe zu äußern - Studie beschreibt, mit welchen Einschränkungen Patienten/Patientinnen mit COPD im Endstadium leben

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Das Forschungsziel wird genannt und klar beschrieben, eine Forschungsfrage wird ebenfalls formuliert.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Es handelt sich um eine prospektive Studie.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Die Literaturrecherche wird nicht genau beschrieben, die Forscher/Forscherinnen beziehen sich jedoch im Rahmen der Einleitung auf vorherige Studien und begründen dadurch ihr Vorgehen.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Wie erfolgt die Auswahl? Die Auswahl wurde nachvollziehbar beschrieben.
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	Auch die Perspektive des Forschers? Teilnehmer/Teilnehmerinne wurden beschrieben, ihr Umfeld wurde kaum beschrieben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Methode der Datensammlung? Semi-strukturierte Tiefeninterviews (Dauer: 1,5-2,5 Stunden) wurden durchgeführt, aufgenommen und vollständig transkribiert
7. Wie erfolgt die Analyse der Daten?	Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Daten wurden mithilfe des Programms MAXQDA analysiert, Identifizierung von Themen und Sortierung von Text-Passagen, Diskussion der Autoren führt zu Konsens über die Kategorien und Themen, „Thematic framework“ bestehend aus Kategorien und Themen
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Wenn nein: warum nicht? In der Studie wird beschrieben, dass Teilnehmer/Teilnehmerinnen so lange inkludiert wurden, bis die Sättigung erreicht wurde.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Die Ergebnisse sind gut beschrieben und mit Zitaten veranschaulicht.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Im Diskussionsteil wurden die Erkenntnisse der durchgeführten Studie mit den Ergebnissen von vorherigen Studien verglichen und bestätigt.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: I can not get a breath: experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease (Hasson et al., 2008)

Forschungsfrage: Erforschung des Potenzials für Palliativpflege bei Patienten/Patientinnen mit COPD - Patienten/Patientinnen erzählen über ihre Erfahrungen vom Leben mit COPD mit dem Fokus auf Symptome, welche alle Bereiche ihres Lebens beeinflussen

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Das Forschungsziel wird genannt und klar formuliert, eine Forschungsfrage wird allerdings nicht direkt erläutert.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Es handelt sich um eine deskriptive qualitative Studie.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Die Literaturrecherche wird nicht genau beschrieben, die Forscher/Forscherinnen beziehen sich jedoch im Rahmen der Einleitung auf vorherige Studien und begründen dadurch ihr Vorgehen.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Wie erfolgt die Auswahl? Es wurde auf die Einschlusskriterien für die Teilnehmerauswahl eingegangen, die weitere Auswahl wird ebenfalls beschrieben.
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	Auch die Perspektive des Forschers? Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden beschrieben, ihr Umfeld wurde ebenfalls beschrieben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Methode der Datensammlung? Tiefeninterviews mit offenen Fragen (Dauer: 40-60 Min.) wurden durchgeführt, aufgenommen und transkribiert
7. Wie erfolgt die Analyse der Daten?	Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Interviews wurden anonymisiert, gelesen und von zwei Forschern/Forscherinnen analysiert unter Anwendung eines Kodierung-Systems
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Wenn nein: warum nicht? In den Limitationen wird beschrieben, dass es sich um eine geringe Stichprobe handelt.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Die Ergebnisse sind gut beschrieben und mit Zitaten veranschaulicht.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Im Diskussionsteil wurden die Erkenntnisse der durchgeführten Studie mit den Ergebnissen von vorherigen Studien verglichen und bestätigt.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Lebensqualität von COPD-Patienten unter Langzeit-Sauerstofftherapie (Schaefer, Dorschner & Behrens, 2006)

Forschungsfrage: „Was bedeutet Lebensqualität für COPD-Patienten unter LTOT bei der Bewältigung ihres Alltags?“ Ziel: Die Darstellung der Lebensqualität von COPD-Patienten/COPD-Patientinnen unter Langzeit-Sauerstofftherapie aus der Betroffenenperspektive.

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Das Forschungsziel wird klar definiert, eine Forschungsfrage wird ebenfalls formuliert.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Ein phänomenologisches Design wurde angewendet.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Die Literaturrecherche wird nicht genau beschrieben, die Forscher/Forscherinnen beziehen sich jedoch im Rahmen der Einleitung auf vorherige Studien und begründen dadurch ihr Vorgehen.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Wie erfolgt die Auswahl? Es wurde auf die Einschlusskriterien für die Teilnehmerauswahl eingegangen, die weitere Auswahl wird ebenfalls beschrieben.
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	Auch die Perspektive des Forschers? Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden beschrieben, ihr Umfeld wurde ebenfalls beschrieben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Methode der Datensammlung? Narrative Interviews (Durchschnittsdauer: 80 min.) wurden durchgeführt, aufgenommen und transkribiert.
7. Wie erfolgt die Analyse der Daten?	Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Zu jedem Interview wurde ein Protokoll angefertigt. Datenanalyse erfolgte in Anlehnung an das siebenstufige Ablaufschema von Dickelmann (1992)
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Wenn nein: warum nicht? Es wird beschrieben, dass die Stichprobengröße durch die Datensättigung bestimmt wurde.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Die Ergebnisse sind gut beschrieben und mit Zitaten veranschaulicht, jedoch sind die Ergebnisse in verkürzter Form dargestellt.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Im Diskussionsteil wurden die Erkenntnisse der durchgeführten Studie mit den Ergebnissen von vorherigen Studien verglichen und bestätigt.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study (Williams, Bruton, Ellis-Hill & McPherson, 2007)

Forschungsfrage: Herauszufinden, was am wichtigsten für Betroffene mit COPD im Leben ist - Probleme, welche für Patienten/Patientinnen im Leben mit COPD zentral sind, werden aufgezeigt

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Das Forschungsziel wird genannt und klar formuliert, eine Forschungsfrage wird allerdings nicht direkt erläutert.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Es handelt sich um eine explorative Studie.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Die Literaturrecherche wird nicht genau beschrieben, die Forscher/Forscherinnen beziehen sich jedoch im Rahmen der Einleitung auf vorherige Studien und begründen dadurch ihr Vorgehen.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Wie erfolgt die Auswahl? Es wurde auf die Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnehmerauswahl eingegangen, die weitere Auswahl wird ebenfalls beschrieben.
5. Wurden die Teilnehmer und ihr Umfeld ausreichend beschrieben?	Auch die Perspektive des Forschers? Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden beschrieben, ihr Umfeld wurde ebenfalls beschrieben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Methode der Datensammlung? Semi-strukturierte Tiefeninterviews mit offenen Fragen (Dauer: zwischen 35-60 min.) wurden durchgeführt, aufgenommen und transkribiert
7. Wie erfolgt die Analyse der Daten?	Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Interviews wurden mithilfe thematischer Analyse analysiert (line by line coding and/or key phrases“), Codes wurden erstellt und anschließend zusammengefasst
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Wenn nein: warum nicht? In Diskussionsteil werden Limitationen beschrieben, es wird festgehalten, dass es sich um eine geringe Stichprobe handelt und daher die Sättigung nicht erreicht wurde.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Die Ergebnisse sind gut beschrieben und mit Zitaten veranschaulicht.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Im Diskussionsteil wurden die Erkenntnisse der durchgeführten Studie mit den Ergebnissen von vorherigen Studien verglichen und bestätigt.