



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät für Management, Kultur und Technik
Institut für Duale Studiengänge
Studiengang Pflege B.Sc. (dual)

BACHELORARBEIT

**Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung
zwischen
Patienten mit der Nebendiagnose Depression
und Pflegenden im akutstationären Setting**

Erstgutachter: Markus Münch, Dipl.-Pflegerwiss. (FH)
Zweitgutachter: Prof. Dr. Wolfgang Arens-Fischer

Eingereicht von Christopher Johannes Janßen
Matrikelnummer: 652455

Eingereicht am: 04.06.2018

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Prävalenz von depressiven Erkrankungen nimmt in unserer Gesellschaft zu. Dies geht mit erhöhten Herausforderungen für das Gesundheitssystem einher. Pflegende nehmen in der somatischen Versorgung einen hohen Stellenwert ein. Ihr Verhalten kann die Genesung und den Behandlungserfolg maßgeblich beeinflussen.

Zielsetzung der Arbeit ist es, beeinflussende Faktoren auf die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten mit der Nebendiagnose Depression zu identifizieren.

Methodik

Es erfolgte eine Literaturrecherche in den Datenbanken von PubMed, Cinahl, Cochrane und Medline. Insgesamt wurden 44 Artikel in die Bearbeitung mit einbezogen. Dabei wurde die Literatur in die Evidenzebenen eingeteilt und ihre Aussagekraft, Anwendbarkeit und Glaubwürdigkeit beurteilt.

Ergebnisse

Die Nebendiagnose Depression wird in der akutstationären Versorgung wenig wahrgenommen. Es besteht ein Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen und der Entstehung von Depression. Patienten sind dabei von Stigmatisierung, Angst und Scham betroffen. Pflegende können durch eine therapeutische Beziehung den Behandlungserfolg steigern und die Liegedauer minimieren.

Schlussfolgerung

Auswirkungen von depressiven Störungen sind gravierend. Sie gehen mit einer erhöhten Mortalität, verringerter Gesundheit und Leistungsfähigkeit einher. Diese Patientengruppe muss näher in den Fokus der somatischen Versorgung gerückt werden, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Pflegende benötigen dabei mehr Wissen im Umgang mit Patienten und deren Erkrankung. Weitere Forschungsarbeiten werden benötigt.

Abstract

Background

The prevalence of depressive disorders is increasing in our society. This finding grows accordingly to the challenges of our health care system. Nurses take an important role in somatic care. Their behavior can influence the convalescence of the patient and the overall therapy outcome to a high extent. The major focus of this paper is to identify influencing factors on the relationship between patients and nurses with the secondary diagnosis of depression.

Methods

The following databases were searched for literature: PubMed, Cinahl, Cochrane und Medline. 44 Articles were taken into account for the literature review of this paper. The literature was structured into different evidence levels and their significance, information value, applicability, validity and credibility were assessed.

Results

The secondary diagnosis of depression is rarely perceived in general hospitals. There is a correlation between chronic diseases and the emergence of depression and depressive symptoms. Patients are affected by stigmatization, fear and shame. Nurses are able to increase the success of the therapy outcome through a therapeutic relationship and to minimize the length of time of the patients in hospitals.

Conclusion

The consequences of depressive disorders are severe. These consequences are accompanied by a higher risk of mortality, reduced health and economic performance. This group of patients has to be put in the focus of somatic care in order to ensure appropriate care. Therefore nurses require more knowledge concerning interpersonal skills and their disorder. Further scientific research is required.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Rahmen	5
2.1 <i>Adaptionsmodell nach Callista Roy</i>	5
2.2 <i>Das Krankheitsbild Depression</i>	11
2.3 <i>Akutstationäre Versorgung</i>	17
2.4 <i>Überlegungen zu möglichen Herausforderungen</i>	18
2.5 <i>Beziehung und Beziehungsgestaltung</i>	20
3 Methodisches Vorgehen	21
4 Ergebnisse	24
4.1 <i>Depression und Komorbidität</i>	25
4.2 <i>Beeinflussende Faktoren auf Pflegende im Umgang mit Depressionen</i>	30
4.3 <i>Die therapeutische Beziehung</i>	32
4.4 <i>Die Krankheitswahrnehmung bei Depressionen</i>	34
5 Diskussion	37
6 Fazit	41
7 Ausblick	43
Literaturverzeichnis	VII
Anhang	XVIII
Eidesstaatliche Erklärung	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Input und Output	6
Abbildung 2: Schema des individuellen menschlichen Systems	8
Abbildung 3: Verläufe unipolarer depressiver Störungen	14
Abbildung 4: Evidenzebenen	23
Abbildung 5: Literaturrecherche	24
Abbildung 6: Ergebnis	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Adaptionenmodi	7
Tabelle 2: Symptome von depressiven Störungen	12

1 Einleitung

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO, 1948, zitiert nach Hurrelmann & Franzkowiak, 2015, S. 2).

Diese Definition von Gesundheit stellt einen Idealstatus dar, der von jedem subjektiv empfunden wird. Die WHO sieht die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung und des Wohlergehens als höchste Entwicklungsstufe der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung. Ein Anliegen ist daher die Unterstützung von Kranken oder gesundheitlich unterversorgten Personengruppen (vgl. WHO, 1998, S. 4).

Die Zielsetzung ist die Entwicklung der vollständigen Gesundheit in allen Lebensphasen, deren Schutz und die Prävention weiterer Erkrankungen sowie deren Linderung dieser. Die Zielsetzung basiert auf drei ethischen Grundwerten: Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht; es herrscht eine gesundheitliche Chancengleichheit im In- und Ausland sowie der Einbezug von verschiedenen Akteuren in die gesundheitliche Weiterentwicklung. (WHO, 1998, S. 8f.).

Psychische Gesundheit ist nach der WHO ein Zustand des Wohlbefindens. Die Fähigkeiten, die einer Person zugrunde liegen, werden vollständig genutzt. Normale Lebensbelastungen können bewältigt werden, produktives Arbeiten wird ermöglicht und es kann ein Beitrag zur Gesellschaft geleistet werden. Demgegenüber steht psychische Krankheit: Sie bezieht sich auf das Leiden, die Behinderung und die Morbidität aufgrund von psychischen, neurologischen und substanzbedingten Störungen. Gekennzeichnet sind diese durch gestörte Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen (vgl. WHO, 2013, S. 9).

Depressive Erkrankungen sind in unserer heutigen Gesellschaft ein aktuelles und viel diskutiertes Thema. Die WHO schätzt, dass weltweit 300-350 Millionen Menschen an depressiven Erkrankungen leiden (vgl. IFPMA, 2012, o.S.). Es wird besonders in Entwicklungsländern mit einem weiteren Anstieg der Prävalenz gerechnet. Dabei treten depressive Erkrankungen in allen Alters- und Sozialschichten auf. Das Risiko zu erkranken ist durch Armut, Arbeitslosigkeit, unvorhergesehene Lebensereignisse, physische Krankheit und Substanzmissbrauch erhöht (vgl. WHO, 2017a, S. 5).

Dabei unterlag das Thema *Depression* in den letzten Jahrzehnten einem starken gesellschaftlichen Wandel. Es wird in den Medien und Alltagsleben aufgegriffen, was zum einen für eine Enttabuisierung spricht, zum anderen auch für eine hohe Pathologisierung (vgl. Jurk, 2016, S. 30).

Schmidbauer sieht Depressionen in unserer Industriegesellschaft als Ursache für die „Unfähigkeit, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen“ (2017, S. 13). Die Annahme, dass die Erkrankung vererbt oder angeboren sei, wird von ihm abgelehnt. Vielmehr steht für ihn die Gesellschaft und Umwelt bei der Krankheitsentstehung im Vordergrund. Kinder werden durch die Angst ihrer Eltern geprägt, in der Gemeinschaft nicht bestehen zu können. Folgend kommt es zu einer Manifestierung von Angst und Unruhe, die die seelische Verfassung und Entwicklung überfordert. Das Streben nach Sinnhaftigkeit hat keine persönliche Komponente mehr, sondern wird durch unpersönliches Streben nach Perfektion ersetzt (vgl. Schmidbauer, 2017, S. 14f.).

Weiterführend sieht Ehrenberg die Ursache von Depressionen in der persönlichen Anpassung zur Gesellschaft. Ihrer Auffassung nach ist ein gesunder Mensch ein System sozialer Beziehungen mit einem gesellschaftlichen Geist. Er trifft Entscheidungen durch persönliche Initiative, Teamfähigkeit und Anpassung an äußere Umstände (vgl. 2015, S. 16f.). An Depression erkrankte Menschen haben nach ihrer Annahme ein Defizit, sich an äußeren Umständen und gesellschaftlichen Veränderungen anzupassen.

Die Folgen einer Depression sind gravierend. Sie wirken sich auf die Gesundheit, Sterblichkeit und ökonomische Leistungsfähigkeit aus. Als Nebenerkrankung bei einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall haben Erkrankte ein erhöhtes Risiko zu versterben (vgl. RKI, 2010, S. 25).

Von besonderer Bedeutung ist die Erhöhung des Suizidrisikos. Jährlich versterben weltweit mehr als 800.000 Menschen an einem Suizid (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016, S. 17). Dabei werden Suizidversuche deutlich häufiger als Suizide begangen. Es wird davon ausgegangen, dass die Dunkelziffer höher liegt, da Versuche nicht erfasst werden (vgl. RKI, 2010, S.25)

Weiterhin haben depressive Erkrankungen eine Auswirkung auf die Ökonomie. Psychische Erkrankungen sind mit steigender Tendenz, nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland. Sie stieg von Jahr 2011 mit 13,4% auf 16,7% im Jahr 2017 an (vgl. Storm, 2018, S. 17).

Die erhöhte Morbidität ist auch auf soziale Faktoren zurückzuführen. Stigmatisierung, Diskriminierung, Armut, Arbeitslosigkeit und fehlende soziale Unterstützung erhöhen die Vulnerabilitätsfaktoren der Betroffenen (vgl. WHO, 2017b, S. 2). Weltweit werden psychische Erkrankungen als persönliche Schwäche oder durch höhere Mächte verursachte Erkrankung missverstanden. Betroffene werden als schwach, unfähig und weniger intelligent wahrgenommen. Des Weiteren sind sie häufiger von Gewalterfahrungen betroffen, als dass sie selber Gewalt anwenden (vgl. WHO, 2010, S. 8f.).

Trotz steigender Prävalenzzahlen fehlt es an der nötigen Versorgung. In Entwicklungs- und Schwellenländern haben 75-85 % keinen Zugang zu einer adäquaten psychischen Versorgung. In Industrienationen liegt diese Zahl zwischen 35-50 %. Dabei ist auffällig, dass eine somatische Erkrankung häufiger behandelt wird als die einer psychischen (vgl. WHO, 2010, S. 15ff.).

Die Frage nach einer effektiven therapeutischen Beziehung ist aufgrund der steigenden Prävalenz von depressiven Erkrankungen von besonderem Interesse, da sonst eine Unterversorgung und Benachteiligung der Erkrankten droht. Löhr und Schulz bezeichnen die Versorgung von psychisch kranken Menschen in der Primärversorgung als ineffektiv. Sie bemängeln den fehlenden Einbezug der pflegerischen Expertise. Zudem heben sie eine effektive therapeutische Beziehung als Grundvoraussetzung des pflegerischen Handelns hervor (vgl. Löhr & Schulz, 2016, S. 211ff.). Nach Matolycz nehmen Pflegende eine unterstützende Rolle beim Lösen von situationsbedingten Problemen ein. Dabei steht die Akzeptanz des Menschen durch eine empathische und wertschätzende Haltung im Vordergrund. Das Ausbleiben dieser Haltung kann zur Überforderung, Misserfolgsgefühlen und Symptomverschlechterung führen (vgl. Matolycz, 2016, S. 264f.).

Der Deutsche Ethikrat sieht die Kommunikationskompetenz als eine Schlüsselkompetenz der Heilberufe an. Eine unzureichende Kommunikation senkt die Patientenzufriedenheit sowie deren Adhärenz (vgl. 2016, S. 45ff.).

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den „Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung zwischen Patienten mit der Nebendiagnose Depression und Pflegenden im akutstationären Setting“. Mit Bezug auf die Relevanz der Thematik depressiver Erkrankungen und die aktuelle Versorgungssituation ergeben sich für den Autor verschiedene Ziele und Fragestellungen, die er verfolgen möchte. Näher betrachtet wird die Beziehung zwischen Patienten und

Pflegenden. Dabei sollen das individuelle Krankheitserleben, Persönlichkeit und die Handlungsebene einbezogen werden. Als Setting wurde die somatische Akutversorgung gewählt. Weitere Limitationen in dieser Arbeit sind, dass die Pflegenden keine spezifische psychiatrische Ausbildung haben sollen und die Patienten sich in der Erwachsenen- bzw. Altersphase befinden. Es konnten vier zentrale Fragestellungen generiert werden:

- Welchen Stellenwert hat die Nebendiagnose Depression im akutstationären Setting?
- Was beeinflusst die Haltung von Pflegenden im Umgang mit Patienten die an einer Depression leiden?
- Wie wirken sich beeinflussende Faktoren des Settings auf die Patienten-Pflegenden-Beziehung aus?
- Wie erleben die Betroffenen ihre Erkrankung und wie beeinflussen sie die Beziehung?

Eingangs stellt der Autor die Systemtheorie nach Callista Roy vor. Sie dient der Analyse der Adaptionfähigkeit von Pflegenden, Patienten und des akutstationären Settings. Nach der Definition zentraler Begriffe (Kap. 2) wird das methodische Vorgehen (Kap. 3) dargestellt. Es beinhaltet die Darstellung der Fragensynthese, die Literaturrecherche sowie die Instrumente, die zur Analyse der Literatur verwendet wurden. Darauf aufbauend werden die Ergebnisse (Kap. 4) bezogen auf das akutstationäre Setting, Pflegende und Patienten vorgestellt. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse anhand der Modelle des *Adaptionsmodell* nach Roy diskutiert. Ein Fazit (Kap. 6) und ein Ausblick (Kap. 7) beschließen diese Arbeit.

In dieser Arbeit soll der Stellenwert der ganzheitlichen Pflege hervorgehoben werden. Der Autor möchte verdeutlichen, dass Pflegende durch eine empathische Grundhaltung und Beziehungsgestaltung die emotionale Stabilität der Betroffenen stärken können. Weiterhin sollen störende Faktoren, die die Wechselwirkung zwischen Patienten, Pflegenden und Setting beeinflussen, identifiziert werden.

2 Theoretischer Rahmen

Der theoretische Rahmen dient dem besseren Verständnis nachfolgender Kapitel. Die Herausforderungen der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patienten sollen mittels der Systemtheorie nach Callista Roy analysiert werden. Hierzu wird ihre Theorie nachfolgend dargestellt. Daran anschließend erfolgt die Vorstellung des Krankheitsbildes Depressionen mit Merkmalen, Therapie, Prognose und Prävalenz. Da die Arbeit sich auf das akutstationäre Setting limitiert, wird dieses definiert. Abgeschlossen wird das Kapitel zu Überlegungen von möglichen Herausforderungen der thematisierten Akteure.

2.1 Adaptionmodell nach Callista Roy

Das Adaptionmodell nach Callista Roy basiert auf wissenschaftlichen und philosophischen Annahmen. Sie formulierte ihre Theorie basierend auf der Systemtheorie nach Bertalanffy, Helsons Theorie des Adaptionniveaus und den Grundsätzen des Humanismus sowie der Veritativität. Das Modell besteht aus vier Hauptkonzepten, die dem Metaparadigma der Pflege angelehnt sind: der Mensch als adaptives System, die Umwelt, die Gesundheit und die Ziele der Pflege (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 228).

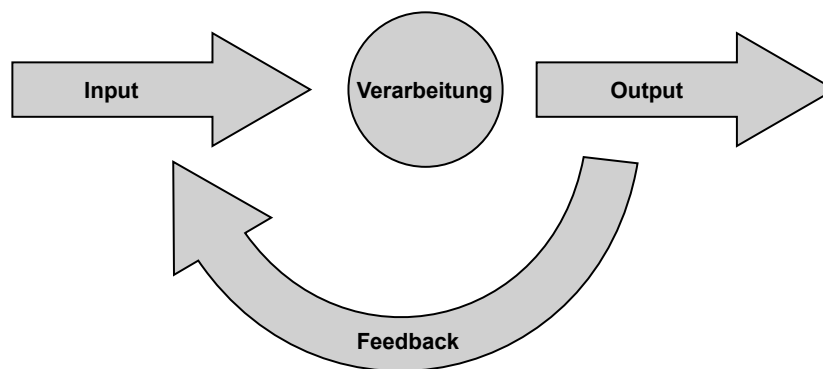
Der Mensch als adaptives System

Nach Roy steht der Mensch im Zentrum des pflegerischen Handelns. Sie bezieht sich auf das Metaparadigma der Pflege und inwieweit Individuen mit ihrer Familie, Gruppen, Organisationen, Gemeinschaften und der Gesellschaft umgehen. Sie sieht den Menschen als ganzheitliches adaptives System, welches sich von der humanistischen Annahme ableitet. Der Mensch wird als ein System gesehen, der als Ganzes funktioniert und sich durch sein Verhalten ausdrückt. **Adaption** ist ein Konzept, welches davon ausgeht, dass Menschen sich an einwirkende Umweltveränderungen anpassen und auf ihre Umwelt einwirken (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 229).

Das System ist nach Auffassung von Roy ein Ganzes, welches aus Teilen zusammengesetzt ist, die aus einem Zweck zusammenwirken und gegenseitig voneinander abhängig sind. Es reagiert dynamisch auf mehrdimensionale Interaktionen und erfährt **Input**, **Output** und **Feedbackprozesse** (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 230; Abbildung 1).

Dieser Ansatz wurde von Roy auf den Menschen als System angewandt. Menschliche Systeme werden extern oder intern von der Umwelt beeinflusst.

Die Reize und das Adaptionsniveau spiegeln den Input auf das menschliche System dar. Als Reaktion auf diesen Input zeigt das menschliche System **Verhalten**. Nach Roy kann es als **interne** oder **externe** Handlung und Reaktion auf einen Umstand verstanden werden. Das



**Abbildung 1: Input und Output
(modifiziert nach Roy & Andrews, 2008, S. 228)**

Verhalten ist messbar und kann subjektiv beschrieben werden. Dadurch kann die Anpassungsfähigkeit des Systems auf die Umwelt beschrieben werden. Die Effektivität der Anpassung wird als adaptiv oder ineffektiv bezeichnet. Eine **adaptive Reaktion** fördert die Integrität des Systems. Ziele dessen sind das Überleben, Wachstum, Reproduktion und Rollenbeherrschung. Eine **ineffektive Reaktion** hemmt, wenn sie akut oder längerfristig auftritt, die Integrität und die Adaptionsziele (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 234f.).

Roy formuliert zudem das Konzept der **Bewältigungsmechanismen**. Sie unterscheidet bei Individuen die regulativen und kognitiven Subsysteme sowie bei Gruppen regulativ stabilisierende und innovative Subsysteme. Dabei sind die Mechanismen als eine Reaktion und

Einflussnahme auf die Umwelt definiert. Angeborene Bewältigungsmechanismen sind genetisch und automatisiert. Erworbene Bewältigungsmechanismen stellen Prozesse dar, die im Laufe des Lebens durch gewonnene Erfahrungen erworben werden (vgl. Roy & Andrews, 2008, S.237).

Bei einem Menschen reagieren die kognitiven und regulativen Bewältigungsmechanismen als **adaptiver Prozess**. Das regulative System besteht aus neuralen, chemischen und endokrinen Bewältigungsmechanismen. Inputs werden automatisch aufgenommen, durch das System bewältigt und zeigen eine unbewusste Regulation (Output). Das kognitive System besteht aus der Informationsverarbeitung, Lernen, Beurteilung und Emotion (vgl. Roy & Andrews, 2008, S.237). Bei Gruppen bezeichnet Roy die Bewältigungsmechanismen als stabilisierende und innovative Systeme. Das stabilisierende System hat zum Ziel, Strukturen und Prozesse zu erhalten. Dies geschieht durch Strukturen, Werte und Aktivitäten des täglichen Lebens. Das innovative System fördert das Wachstum und die Entwicklung der Gruppe. Ziel ist es, kognitive und emotionale Strategien zu entwickeln, um Wachstum und Effizienz zu fördern (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 237ff.).

Nach Roy können Verhaltensweisen in jeweils **vier Adaptionenmodi** für Individuen und Gruppen eingeteilt werden:

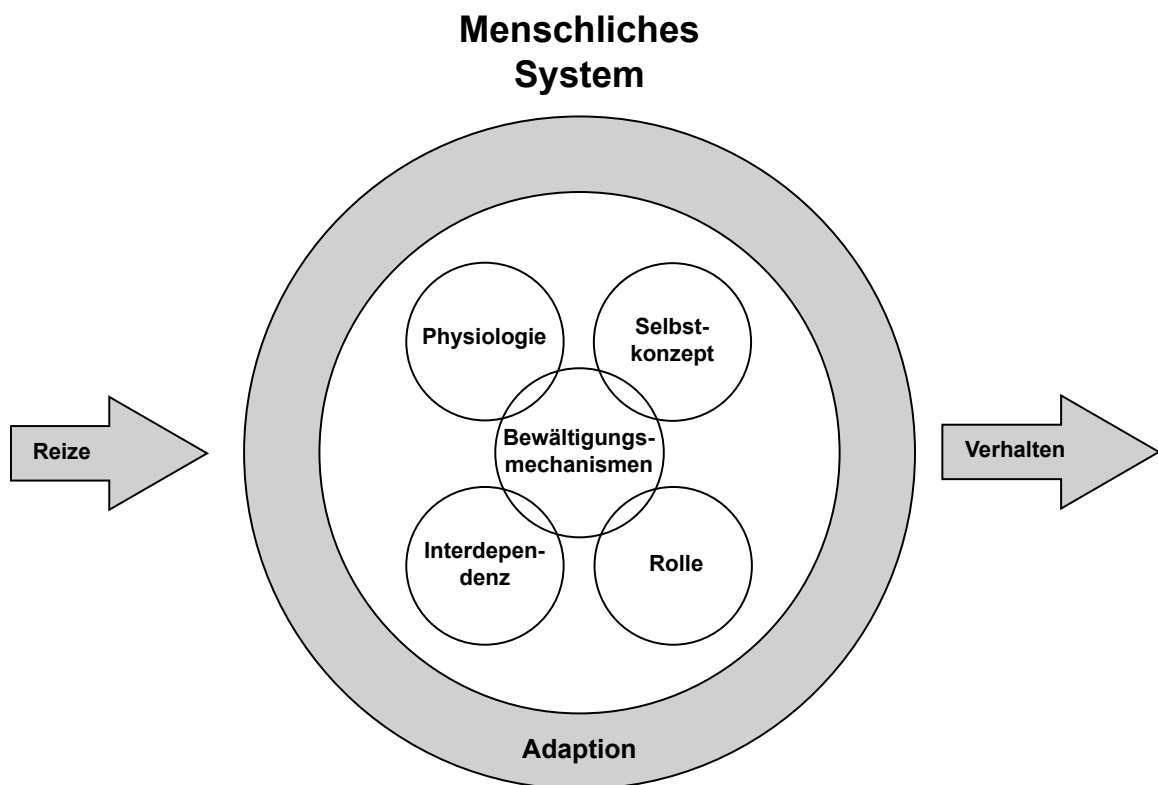
Individuum	Physiologischer Modus Selbstkonzeptmodus Rollenfunktionsmodus Interdependenzmodus
Gruppen	Physikalisches System Interpersonales System Rollensystem Interdependenzsystem

Tabelle 1: Adaptionenmodi
(vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 238ff.)

Der **physiologische Adaptionenmodus** bezieht sich auf das Bedürfnis der physiologischen Integrität. Er zeigt, wie Individuen auf ihre Umwelt reagieren. Dazu beinhaltet er fünf Bedürfnisse (Atmung, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Bewegung/Ruhe und Schutz) sowie komplexe Vorgänge (Sinneswahrnehmung, Körperflüssigkeit, Elektrolyte, neurologische und

endokrinologische Funktionen). Das **physikalische System** strebt nach dem Erhalt der Gruppenfunktion durch Arbeitsgrundlagen und Bedingungen. Dazu gehören Mitglieder, bauliche Einrichtung, finanzielle Ressourcen und Gesundheit (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 240).

Der **Selbstkonzept-Adaptionsmodus** beinhaltet psychologische und spirituelle Aspekte und besteht aus zwei Komponenten. Das körperliche Selbst beinhaltet das Körperbild und -gefühl. Das persönliche Selbst umfasst die Selbstkonsistenz und das Selbstideal. Es spiegelt das Bedürfnis nach psychischer Integrität wieder. Dabei wird dieser Modus durch die eigene und externe Wahrnehmung geprägt. Das **interpersonale System** setzt sich aus zwischenmenschlichen Beziehungen, dem Selbstbild der Gruppe sowie dem sozialen Milieu und der Kultur zusammen. Ziel ist die effektive Beziehungsgestaltung durch eine gelungene Kommunikation und den Erhalt der Gruppenintegrität (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 241).



**Abbildung 2: Schema des individuellen menschlichen Systems
(modifiziert nach Roy & Andrews, 2008, S. 229)**

Das Ziel des **Rollenfunktions-Adaptionsmodus** und des Rollensystems ist das Erlangen der sozialen Integrität und die Schaffung der Rollenklarheit. Der Mensch handelt aus seiner Rolle

durch instrumentelle und expressive Verhaltensweisen. Er nimmt eine Rolle in der Gesellschaft ein, die durch die jeweiligen Erwartungen geprägt ist und sein Verhalten im Umgang mit anderen Menschen prägt. Bezogen auf Gruppen dient das Einnehmen einer Rolle dem Erreichen von Zielen des sozialen Systems (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 242).

Der **Interdependenz-Adaptionsmodus** ist dem Bedürfnis der affektiven Ausgewogenheit untergeordnet. Sie gibt, durch das Geben und Empfangen von Liebe, Respekt und Wertschätzung, das Gefühl der Sicherheit in Beziehungen. Roy unterscheidet zwischen zwei Arten von Beziehungen. Zum einen die zu Bezugspersonen, die dem Individuum viel bedeuten und zum anderen die von Unterstützungssystemen, die Interdependenz-Bedürfnisse befriedigen. Sie basieren auf rezeptivem und kontributivem Verhalten. Das **Interdependenz-System** umfasst Kontakte aus dem privaten und öffentlichen Leben. Aus ihnen können interpersonale Beziehungen entstehen, die dazu dienen, den Zugang zu Informationen zu erleichtern (Roy & Andrews, 2008, S. 242f.).

Umwelt nach Roy

Die Umwelt beschreibt die Welt innerhalb und außerhalb des menschlich adaptiven Systems. Menschen reagieren adaptiv auf die ständigen Veränderungen. Das Leben wird von Roy als **Prozess** verstanden, der immer neue Möglichkeiten und Herausforderungen mit sich bringt. Neue Gegebenheiten bieten Möglichkeiten von Wachstum, Entwicklung und dem Beitrag zum Wohl aller Menschen. Umwelt sind somit alle Einflüsse, Bedingungen und Umstände, die auf die Entwicklung und das Verhalten des Menschen einwirken (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 244).

Nach Roy besteht Umwelt aus **drei Arten** von Reizen: fokal, kontextuell und residual.

Fokale Reize sind interne und externe Stimuli, denen der Mensch direkt ausgesetzt ist. Sie wenden dem Reiz Aufmerksamkeit und Energie zu. Anschließend entscheiden sie, wie mit dieser Einwirkung umgegangen wird. Durch die stetig wandelnde Umwelt werden viele Reize nicht zu fokalen Reizen, da sie nicht die Aufmerksamkeit des Systems auf sich ziehen (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 230f.).

Kontextuale Reize sind alle anderen Einwirkungen in einer Situation und verstärken die Wirkung der fokalen Reize. Diese Art zieht nicht die Aufmerksamkeit und Energie des Menschen auf sich, beeinflusst allerdings den Umgang mit den fokalen Reizen (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 231).

Residuale Reize sind intern und extern einwirkende Umweltfaktoren ohne klar definierte Wirkung auf eine Situation. Sie dienen der Einordnung von beeinflussenden Reizen auf eine Situation, der Auswahl dieser sowie der Beschreibung intuitiver Eindrücke (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 232).

Die drei Arten der Reize bilden das **Adaptionsniveau** des menschlichen Systems. Es beschreibt die Fähigkeit, auf sich veränderte Situationen der Umwelt zu reagieren. Diese Reaktion wird von den Erfordernissen der Situation und dem innerlichen Befinden des Systems beeinflusst. Das Adaptionsniveau, die fokalen, kontextuellen und residuale Reize bestimmen als Gesamtes die Bewältigungsfähigkeit eines menschlichen Systems (vgl. Roy & Andrews, 2008, 233f.).

Gesundheit nach Roy

Roy hebt hervor, dass es keine einheitliche Definition von Gesundheit gibt. Sie formulierte eine eigene Definition:

„Gesundheit [ist] der Zustand und Prozess, ein integrierter und ganzer Mensch zu sein und zu werden“ (vgl. Roy, 1984, zitiert nach Roy & Andrews, 2008, S. 246). Durch die Reaktion auf die sich verändernde Umwelt hat der Mensch das Potenzial zu wachsen und sich weiterzuentwickeln. Diese Reaktion sieht Roy als Integration, die zur Ganzheitlichkeit führt. Besteht ein Defizit an Integration, ist die Gesundheit defizitär (vgl. Roy & Andrews, 2008, S.246).

Roys Ziele der Pflege

Generelle Ziele der Pflege sind die **Förderung** der **Gesundheit** und die **Krankheitsprävention**. Dabei unterstützen Pflegende die Menschen, ihre körperlichen, emotionalen, psychosozialen, spirituellen und umweltbedingten Probleme zu verbessern. Optimale Gesundheit ist nicht für jedes System zu erreichen. Daher fördern Pflegende die Adaption von Individuen zwischen Gesundheit und Krankheit, zwischenmenschlichen Beziehungen und der Umwelt. Das Ziel der Pflege nach dem Adaptionsmodell, ist die Förderung der Anpassungsfähigkeit eines Individuums oder einer Gruppe. Es trägt zur Gesundheit und Lebensqualität bei und ermöglicht ein würdevolles Sterben. Pflegende schätzen, mit Hilfe des Modells, Verhalten und einwirkende Reize auf das Adaptionsniveau ein. Die Auswahl von Maßnahmen bezieht sich dabei auf den Umgang mit den Reizen (vgl. Roy & Andrews, 2008, S. 247f.).

2.2 Das Krankheitsbild Depression

Das Auftreten von depressiven Symptomen betrifft viele Menschen während ihres Lebens. Sie sind betroffen von **Traurigkeit**, **Niedergeschlagenheit** oder **Antriebslosigkeit**. Dies geht meist einher mit belastenden **Lebensereignissen**, **Erkrankungen** oder **sozialem Stress** (vgl. Baum & Wittchen, 2011, S. 880).

Entstehung

Ein integratives Modell zur Erklärung der Entstehung von psychischen Erkrankungen ist das **Vulnerabilitäts-Stressmodell** nach Zubin und Spring. Krankheit entsteht, wenn eine erhöhte Vulnerabilität auf belastende Ereignisse stößt. *Vulnerabilität* wird durch prägende Erfahrungen, Verunsicherungen, biologische sowie psycho-soziale Belastungen im Leben beeinflusst. Die *Stressoren* übersteigen die eigene Belastbarkeit und wirken sich negativ aus. Diese sind in Lebensereignisse (Trennung, Lebensübergänge, Schicksalsschläge) und soziokulturellen Faktoren (Alter, Geschlecht, Religion, Schichtzugehörigkeit) zu finden. Maßnahmen zur Reduzierung der *Vulnerabilität* sind: Verminderung der beeinflussenden Faktoren, Unterstützung, Schaffung von Schutzfaktoren und Stärkung der eigenen Ressourcen (vgl. Sauter, 2015, S. 97ff.).

Kennzeichen

Eine *depressive Störung* liegt vor, wenn die Symptome länger als zwei Wochen fortbestehen und eine gewisse Intensität überschreiten. Die Symptome können in **emotionale**, **kognitive**, **physiologisch-vegetativ** und **behaviorial/motorisch** eingeteilt werden und sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Betroffene sind durch die Vielschichtigkeit der Symptome in ihrer Lebensführung und ihrem Handeln beeinträchtigt (vgl. DGPPN, et al., 2015, S. 17).

Emotionale Symptome	Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit, Verzweiflung, Schuld, Schwermut, Reizbarkeit, Leere und Gefühlslosigkeit
---------------------	--

Kognitive Symptome	Pessimismus, negative Gedanken, Suizidgedanken, Konzentrationsschwierigkeiten
Physiologisch-vegetative Symptome	Energielosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Weinen, Schlafstörungen, Morgentief, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Libidoverlust, innere Unruhe
Behavioriale/motorische Symptome	Verlangsamte Sprache und Motorik, geringe Aktivität, Vermeidung von Blickkontakt, Suizidhandlungen, traurige Mimik

**Tabelle 2: Symptome von depressiven Störungen
(modifiziert nach Sauter, 2015, S. 880)**

Klassifikation

Der ICD-10 ist eine internationale anerkannte Klassifikation für Krankheiten. Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen sind im Kapitel F der Klassifikation zu finden. *Depressionen* gehören zu den affektiven Störungen. Wie eingangs erwähnt, geht der Beginn der Erkrankung mit belastenden Situationen einher. Sie ist gekennzeichnet durch Veränderung der Stimmung und Affektivität, mit oder ohne einhergehender Angst. Depressionen gehen meist mit einem Rezidiv einher (DIMDI, 2015, S. 188).

Weiterhin unterscheidet die ICD-10 Klassifikation zwischen rezidivierenden depressiven Störungen (F33) und anhaltenden affektiven Störungen (F34).

Depressive Episoden werden in **drei Grade** eingeteilt: leicht, mittelgradig und schwer. Betroffene leiden unter gedrückter Stimmung und einem verminderten Antrieb und Aktivität. Freude, Interesse und Konzentration sind herabgesetzt. Einhergehend sind somatische Symptome wie Agitiertheit, Appetitverlust und Gewichtsverlust bzw. -zunahme. Das Selbstwertgefühl wird durch ein Gefühl der Wertlosigkeit beeinflusst und ist gefolgt durch ein geringes Selbstvertrauen sowie Schuldgefühlen (DIMDI, 2015, S. 190).

Eine **leichte depressive Episode** (F32.0) liegt vor, wenn mindestens zwei bis drei Symptome vorliegen. Betroffene sind beeinträchtigt, dennoch können die meisten Aktivitäten fortgesetzt werden.

Die **mittelgradige depressive Episode** (F32.1) liegt bei mindestens vier Symptomen vor und geht mit großen Alltagsschwierigkeiten einher.

Bei der **schweren depressiven Episode** wird zwischen dem Auftreten oder Ausbleiben von psychotischen Symptomen unterschieden. Liegen keine psychotischen Symptome vor (F32.2), sind Betroffenen durch mehrere quälende Merkmale beeinträchtigt. Sie leiden unter dem Verlust des Selbstwertgefühls. Diese gehen mit dem Gefühl der Wertlosigkeit und Schuld einher. Des Weiteren sind häufig Suizidgedanken und -handlungen sowie das Vorliegen von somatischen Symptomen vorhanden. Die schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) ist geprägt durch die akute Lebensgefahr. Betroffene leiden unter Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorischen Hemmungen oder einem Stupor. Alltägliche Aktivitäten sind nicht möglich. Die Lebensgefahr resultiert aus dem Suizid und der mangelnden Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme (vgl. DIMDI, 2015, S. 190).

Zu den anhaltenden Störungen zählen die **Zyklothymia** (F34.0) und die **Dysthymia** (F34.1). Die Zyklothymia ist eine andauernde Instabilität der Stimmung. Sie kann mit hypomanischen Phasen einhergehen, diese erfüllen aber nicht die Kriterien einer bipolar affektiven Störung. Die Dysthymia ist eine mehrere Jahre andauernde, depressive Verstimmung. Diese Störungen sind durch ihre dauerhafte Präsenz gekennzeichnet und gehen für Betroffene mit einem hohen subjektiven Leiden einher, die meist über eine Lebensphase bestehen (vgl. DIMDI, 2015, S.191f.).

Die *American Psychological Association* veröffentlichte ein Handbuch der **Differenzialdiagnosen** für psychiatrische Erkrankungen (DSM). Es dient als Leitfaden für Praktizierende und Forschende zur Diagnosestellung und Behandlung von Erkrankungen (vgl. American Psychiatric Association, 2013, S. xli). In der fünften Version des Handbuchs zählen zu den depressiven Störungen: **Major Depression, Dysthymie, prämenstruale dysphorische Störungen** und **disruptive Affektregulationsstörungen**. Gemeinsamkeiten bei allen Störungen sind das Gefühl von Traurigkeit, Leere und reizbarer Stimmung, die von somatischen und kognitiven Veränderungen begleitet werden. Dies beeinträchtigt Betroffene in ihrer alltäglichen Fähigkeit zu funktionieren. Die Diagnosen unterscheiden sich in Länge, Zeitpunkt des Auftretens und der Ursache (vgl. American Psychiatric Association, 2013, S. 155).

Eine **Major Depression** liegt vor, wenn man mindestens zwei Wochen unter einer depressiven Verstimmung und/oder an einem Verlust von Interesse und Freude leidet. Damit gehen Symptome wie Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gewichtsverlust oder -zunahme, Müdigkeit,

Konzentrationsschwierigkeiten und weitere einher (vgl. American Psychiatric Association, 2013, S. 160f.; Rief, 2017, S. 237.).

Die **Dysthymie** ist durch eine depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages gekennzeichnet. Dies hält für einen Zeitraum von zwei Jahren an. Dabei bleiben depressive Symptome nicht länger als zwei Monate aus. Sie darf nicht durch Substanzen oder Medikamente verursacht sein (vgl. American Psychiatric Association, 2013, S. 168; Rief, 2017, S. 241).

Für eine prämenstruelle dysphorische Störung liegen Symptome wie Stimmungsschwankungen, Hoffnungslosigkeit, Angst, Anspannung, Gereiztheit und Nervosität vor. Diese treten in der Woche vor der Menstruation auf und bessern sich innerhalb weniger Tage. Eine Woche nach der Menses sind die Symptome gänzlich remittiert (vgl. American Psychiatric Association, 2013, S.171f.; Rief, 2017, S. 243).

Die **disruptive Affektregulationsstörung** ist durch wiederkehrende Wutausbrüche gekennzeichnet. Sie sind im Zusammenhang mit der Situation unangemessen und richten sich gegen Personen oder Gegenstände. Dabei treten sie mehr als drei Mal pro Woche auf und gehen mit einer gereizten Stimmung über die meiste Zeit des Tages einher (vgl. American Psychiatric Association, 2013, S. 156; Rief, 2017, S. 245).

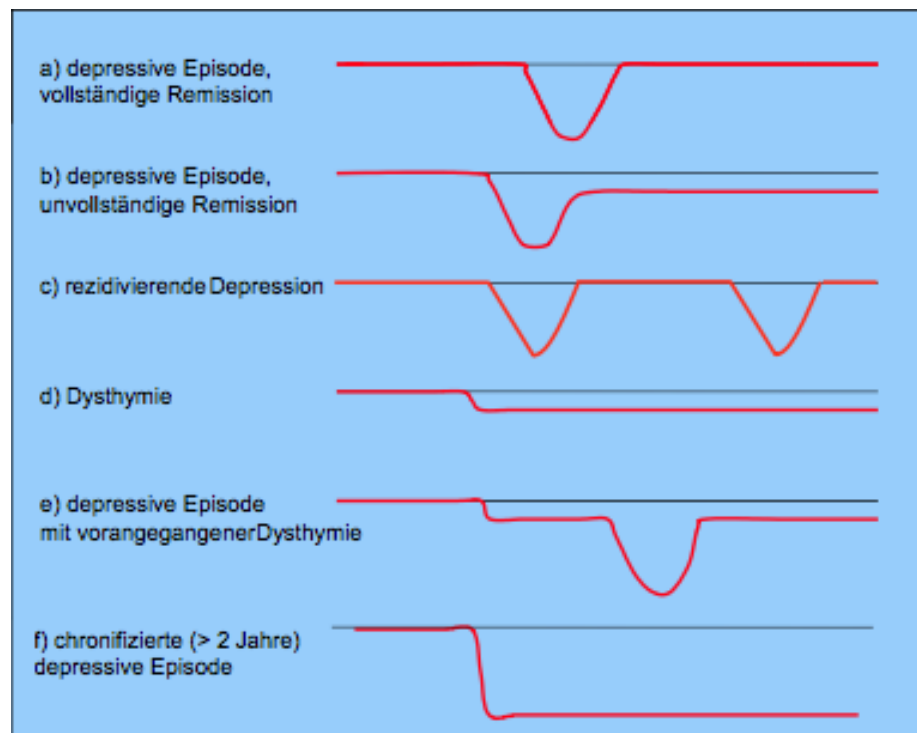


Abbildung 3: Verläufe unipolarer depressiver Störungen

(DGPPN, et al., 2015, S. 26)

Prävalenz und Inzidenz

Depressive Störungen sind eine der **häufigsten psychischen Erkrankungen**. Die Bedeutung dieser Erkrankung nimmt aufgrund der steigenden Prävalenz zu. In der europäischen Union erleiden schätzungsweise 6,9 % der Bevölkerung eine Major Depression (vgl. Gerste & Roick, 2014, S. 22; Thom, et. al., 2017, S.72). Weltweit leiden 322 Millionen Menschen unter einer depressiven Störung. Im Zeitraum zwischen 2005 und 2015 stieg die Anzahl um schätzungsweise 18,4 % an. Dabei wurden Depressionen 2015 häufiger bei Frauen (5,1 %) als bei Männern (3,6 %) diagnostiziert. Weiterhin unterscheidet sich die Prävalenzrate nach dem Alter. Menschen zwischen 55-74 Jahren sind weltweit häufiger betroffen als die jüngeren Alters (vgl. WHO, 2017a, S. 8).

Die Studie GEDA 2014/2015-EHIS erfasste die selbstberichteten Depressionsdiagnosen innerhalb von 12 Monaten in Deutschland. Dabei lag die Gesamtprävalenz bei 8,1 %, wobei Frauen (9,7 %) häufiger mit einer Depression diagnostiziert wurden als Männer (6,3 %). Die Prävalenz ist im Alter zwischen 45-64 Jahren am höchsten. Es konnte ein Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Diagnosestellung identifiziert werden. Untere Bildungsgruppen (10,5 %) sind häufiger betroffen als die oberen Bildungsgruppen (5,6 %). Beeinflusst wird dies zusätzlich vom Einkommen und Berufsstatus. Bewohner der Stadtstaaten sind in Deutschland häufiger erkrankt. Die Prävalenz ist in Großstädten ausgeprägter, wobei sie in kleineren Wohnorten niedriger ist (vgl. Thom, et. al, 2017, S. 73ff.).

Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ wurde vom Robert Koch-Institut im Rahmen des Gesundheitsmonitorings durchgeführt. Die 8152 Teilnehmenden wurden zwischen 2008 und 2011 befragt und waren 18 bis 79 Jahre alt. Daten wurden mithilfe des PHQ-9 Fragebogen für depressive Symptome innerhalb der letzten zwei Wochen erhoben. Dieser Fragebogen richtet sich nach den Diagnosekriterien des DSM (vgl. Busch, et. al., 2013, S. 733f.). Die Rückmeldung lag bei 96,4 % der Studienpopulation. Demnach besteht bei 8,1 % der Befragten eine Symptomatik für eine Major Depression. Besonders hoch ist das Auftreten in der Altersgruppe der 18 bis 29-Jährigen (11,8 % bei Frauen und 8,0 % bei Männern). In den älteren Gruppen nimmt sie ab und ist bei den 70 bis 79-Jährigen mit 6,1 % am niedrigsten. Insgesamt weisen Frauen eine höhere Prävalenz auf als Männer (vgl. Busch, et. al., 2013, S. 735f.).

Der geschlechtsspezifische Unterschied ist multifaktoriell. Aus biologischer Sicht kann der Hormonhaushalt zu depressiven Symptomen wie bei dem prämenstruellen Syndrom oder postpartaler Depression führen. Es wird davon ausgegangen, dass nicht lediglich der Hormonhaushalt für die Unterschiede verantwortlich ist, sondern weitere Mechanismen zugrunde liegen.

Des Weiteren wird im Rahmen der Artefakttheorie vermutet, dass bei der Diagnosestellung stereotypische Rollenbilder die Diagnostik verzerren. Zudem beeinflussen soziale Lebensbedingungen die psychische Gesundheit. Frauen leisten häufiger unbezahlte Arbeit und erleben durch Schwangerschaften Brüche in ihrem Lebenslauf. Dabei müssen sie bei einem Wiedereinstieg ins Erwerbsleben mit einem niedrigeren Einkommen rechnen. Allgemein beeinflusst das Erwerbsleben durch Stress, physische und zeitliche Belastungen das Auftreten von depressiven Symptomen. Andererseits kann sich ein regelmäßiges Einkommen, soziales Ansehen und soziale Einbindung positiv auf die psychische Gesundheit auswirken (vgl. Müters, Hoebel & Lange, 2013, S. 3f.).

Gerste und Roick heben hervor, dass bei **Diagnosestellung** häufig unspezifische Diagnosekodierungen verwendet werden (vgl. 2014, S. 29). Von den 4,8 Millionen Patienten mit Depressionen im Jahre 2010, wiesen 67,1% der Ersterkrankten und 36% der rezidiv Erkrankten eine unspezifische Diagnose auf. Dabei ist die ärztliche Qualifikation von Bedeutung. In der hausärztlichen Versorgung lag die Anzahl bei 82%, wobei sie bei psychiatrischen Fachärzten 33% aller Patienten betrug. Die Ursache für diese Problematik muss erforscht werden (vgl. Gerste & Roick, 2014, S. 29f.).

Therapie und Prognose

Die allgemeinen **Behandlungsziele** depressiver Störungen sind die Reduktion der Symptome und der Mortalität, die Förderung an der beruflichen und psychosozialen Teilhabe, die Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts sowie die Prävention einer Wiedererkrankung. Dabei sind die Wünsche der Betroffenen zu beachten. Meist streben diese nach mehr Selbstbewusstsein, Lebenswillen, Bewältigungsmechanismen und bessere Beziehungen zu ihren Bezugspersonen (vgl. DGPPN, et al., 2015, S. 45).

Abhängig von Symptomschwere und dem Erkrankungsverlauf gibt es verschiedene Behandlungsansätze. Zum einen die aktiv-abwartende Begleitung mit niederschweligen psychosozialen Interventionen und Pharmakotherapie und die medikamentöse Behandlung.

Zum anderen die psychotherapeutische Behandlung sowie eine Kombinationstherapie aus Pharmakotherapie und Psychotherapie (vgl. DGPPN, et al., 2015, S. 45). Ergänzt werden die Therapieansätze durch Elektrokonvulsionstherapie, Lichttherapie, Schlafentzugstherapie, sowie Sport- und Bewegungstherapie. Der Einbezug durch andere Professionen wie Ergotherapie und Kunsttherapie ist sinnvoll (DGPPN, et al., 2015, S. 45).

Die Aufgabe von Pflegenden sind vielfältig. Sie wenden psychoedukative Maßnahmen an, reduzieren einwirkende Stressoren und geben soziale Unterstützung. Dies geschieht durch Unterstützung in den alltäglichen Aktivitäten (vgl. WHO, 2016, S. 26).

Die Hälfte der Ersterkrankten erleidet mindestens eine weitere depressive Episode. Bei einer Major Depression können im Durchschnitt vier bis sechs depressive Episoden beobachtet werden. Die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung wird durch eine längere symptomfreie Zeit gesenkt. Die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs liegt bei zweimaliger Erkrankung bei 70 % und bei dreimaliger Erkrankung bereits bei 90 % (vgl. DGPPN, et al., 2015, S. 27).

2.3 Akutstationäre Versorgung

Krankenhäuser sind „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“ (§2 Abs. 1 KHG).

Deutsche Krankenhäuser werden in zwei Gruppen differenziert: den **allgemeinen** Krankenhäusern, die nicht nur psychiatrische und/oder neurologische Betten vorhalten und den **sonstigen** Krankenhäusern, die ausschließlich auf eine psychiatrische und/oder neurologische Versorgung spezialisiert sind sowie alle teilstationären Einrichtungen (vgl. Simon, 2017, S. 211.). Das Versorgungsangebot ist in den vier Stufen der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung unterteilt (vgl. Simon, 2017, S. 234).

Deutschlandweit gab es 2013 ca. 2000 Krankenhäuser mit ungefähr 500.000 Betten, 1200 Rehabilitationseinrichtungen mit ca. 167.000 Betten und ca. 13000 Pflegeheime mit mehr als 900.000 Betten. Das deutsche Gesundheitswesen beschäftigte im Jahr 2013 schätzungsweise 5,1 Millionen Menschen (vgl. Simon, 2017, S. 84f.).

Die schwerpunktmäßige Versorgung von psychisch Erkrankten erfolgt in psychiatrischen Krankenhäusern (0,8 Millionen Patienten) sowie in der ambulanten psychiatrischen Versorgung (ca. 1,6 Millionen Patienten) und in der ambulanten Psychotherapie (0,57-1 Millionen Patienten) (vgl. Nübling, et. al., 2014, S. 389). Der ambulanten Versorgung stehen 5700 Psychiater, 15700 psychologische und 5600 ärztliche Psychotherapeuten zur Verfügung. Dies wird durch 450 Psychiatrische Institutsambulanzen, 40 Hochschulambulanzen und ca. 150 Ambulanzen der Ausbildungsinstitute ergänzt. Die psychiatrische Krankenhausversorgung hat bundesweit ca. 54000 Behandlungsplätze, wovon ca. 9000 auf die psychosomatische Versorgung entfallen. Es stehen ca. 32000 stationäre Behandlungsplätze in Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung (vgl. Nübling, et. al., 2014, S. 390f.).

2.4 Überlegungen zu möglichen Herausforderungen

Diese Arbeit befasst sich mit Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung zwischen Patienten mit der Nebendiagnose Depression und Pflegenden im akutstationären Setting. Nachfolgend werden erste Überlegungen zu den drei Akteuren, der akutstationären Versorgung, Pflegenden und Patienten vorgestellt.

Herausforderungen der akutstationäre Versorgung

Die stationäre Krankenhausversorgung wird **dual finanziert**. Laufende Betriebskosten müssen von den Betreibern und ihren Kostenträgern getragen werden. Investitionskosten dagegen werden aus öffentlichen Mitteln finanziert (vgl. Simon, 2017, S. 236).

Über 90 % der Gewinne generieren Krankenhäuser durch die Leistungserbringung und deren Abrechnung bei den Kostenträgern. Zwischen 2003 und 2009 wurde das Entgeltsystem in ein DRG-Fallpauschalensystem umgestellt. Vorher wurden Krankenhäuser für die Belegungstage ihrer Patienten vergütet, wogegen sie nun eine Fallpauschale für den Behandlungsfall erhalten (vgl. Simon, 2017, S. 240f.).

Zielsetzung dieser Umstellung ist die effiziente und kurzzeitige Behandlung von Patienten. Betrachtet werden die relevanten Haupt- und Nebendiagnosen sowie die diagnostischen und therapeutischen Prozeduren (vgl. Balmberger & Hohls, 2014, S. 2; Simon, 2017, S. 244).

Nachteile der Umstellung sind die steigenden Belastungen beim Personal, Anstieg gewisser Operationen und der Unterschied der Vergütung zwischen Bundesländern (vgl. Balmberger &

Hohls, 2014, S. 5). Die Krankenhäuser können erbrachte Leistungen nicht durch die Fallpauschalen decken, wodurch sie Personal einsparen. Dies führt zu einer Erhöhung der Arbeitsdichte für das Pflegepersonal und zu einer Senkung der Versorgungsqualität (Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, 2017, S. 52).

In einer bundesweiten Umfrage zur Patientenversorgung auf Intensivstationen gaben 44,7 % der Befragten an, keine ausreichende Körperpflege durchführen zu können. Die Mundpflege konnten 56,8 % der Teilnehmer nicht immer ausreichend durchführen. Lediglich 51,2 % gaben an, dass sie in den letzten sieben Arbeitstagen eine ausreichende emotionale Unterstützung und Mobilisierung gewährleisten konnten (Isfort, Weidner & Gehlen, 2012, S. 68).

Herausforderungen der pflegerischen Versorgung

Die **alternde Gesellschaft** und der **demografische Wandel** stellen hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem in Deutschland. Einhergehend ist diese Problematik mit dem Rückgang der jüngeren Menschen und dem Anstieg älterer Menschen. Prognosen schätzen, dass die Anzahl der Hochaltrigen bis 2030 um 48 % ansteigen werden. Folglich ist ein Anstieg der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen zu erwarten (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 435). Das Krankheitsspektrum in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten verschoben. Es sind vermehrt chronische und altersbedingte Erkrankungen zu verzeichnen. An Bedeutung gewinnen Depressionen und Diabetes (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 439). Schätzungen zufolge werden in den nächsten zehn bis 15 Jahren 100.000 bis 400.000 Pflegekräfte fehlen (vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 445).

Pflegerische Versorgungsqualität ist vom professionellen Arbeitsbündnis mit dem Patienten und der individuellen Leistungserbringung, die sich an die jeweilige Lebenssituation anpasst, abhängig (vgl. Cassier-Woidasky, 2007, S. 23). Dabei beachten Pflegenden ethisch-moralische Aspekte. Aufmerksamkeit, Verantwortlichkeit, fachliche Kompetenz, Antwortfähigkeit und Achtsamkeit sind Fähigkeiten, die in der Profession besonders ausgeprägt sein sollten (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 78). Ihnen kommt ein hoher Stellenwert zu, da sie meist besser über die Lebenssituation und Wünsche der Patienten informiert sind als andere Professionen (vgl. Deutscher Ethikrat, 2016, S. 77).

Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, schritt die Professionalisierung der Pflege in den letzten 20 Jahren voran. In Deutschland nimmt die Akademisierung in der Ausbildung zu. Dies ist an der Studiengangsentwicklung zu erkennen. Es gibt die Möglichkeit von

primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen, spezialisierten Masterstudiengängen und von strukturierten Promotionsprogrammen (vgl. Schaeffer, 2011, S. 31f.). Weiterhin ist ein Paradigmenwechsel zu verzeichnen, der die Krankheits- und Defizitorientierung ablehnt und Gesundheit- und Ressourcenorientierung befürwortet (vgl. Schaeffer, 2011, S. 33).

Herausforderungen der Patientenversorgung

Die Versorgung in Krankenhäusern orientiert sich meist an dem **Patientenwohl**. Dieses ist nicht eindeutig definiert und wird durch **subjektive** (Behandlungszufriedenheit), **objektive** (medizinische Parameter, Zugang zu Leistungen) und **intersubjektive** (Anerkennung, Respekt und Achtsamkeit) Dimensionen beeinflusst (vgl. Deutscher Ethikrat, 2016, S. 37).

Die Selbstbestimmung und Autonomie sind ein grundlegender rechtlicher Anspruch eines Menschen. Er beinhaltet die Realisierung von Handlungsentwürfen und -entscheidungen, welche durch Ort und Zeit des Individuums beeinflusst werden.

Die pflegerische Versorgung in Krankenhäusern ist meist angst- und schambehaftet. Pflegende benötigen daher im Umgang mit Patienten Empathie, Aufmerksamkeit, Wissen und Erfahrung. Grenzen der Selbstbestimmung sind durch verschiedene Krankheiten und deren Folgen gesetzt. Aufgabe der einwirkenden Akteure ist daher die **Förderung** und **Wiederherstellung** der **Selbstbestimmungskompetenz** (vgl. Deutscher Ethikrat, 2016, S. 39f.). Dies wird durch eine Beziehung zwischen Therapeut und Patient ermöglicht, die gemeinsam ein individuelles Behandlungskonzept erarbeiten. Voraussetzung ist Zeit, Expertise und Kommunikationskompetenz sowie eine soziale Kompetenz. Maßgeblich hängt das Gelingen von der persönlichen Bereitschaft der Akteure ab (vgl. Deutscher Ethikrat, 2016, S. 65f.).

2.5 Beziehung und Beziehungsgestaltung

In Beziehungen drücken Menschen ihre Gefühle aus, erhalten neue Informationen und beschäftigen sowie helfen sich gegenseitig. Johnson beschreibt drei Arten von Beziehungen: **soziale**, **intime persönliche** und **therapeutische** Beziehungen.

Soziale Beziehungen sind zu Personen unseres täglichen Lebens. **Intim persönliche** Beziehungen sind durch ein hohes Maß an Zuneigung und Nähe geprägt und werden durch

Liebe geprägt. **Therapeutische** Beziehungen sind meist zeitlich beschränkt. Zudem ist eine Abhängigkeit und Machtgefälle zu verzeichnen, da sie durch organisatorische Rahmenbedingungen geprägt werden. Die Pflegebeziehung ist zweckgebunden und Grundlage eines Problemlösungsprozesses, der gewisse Ziele verfolgt (z.B. das Erreichen von Gesundheit) (vgl. Kistner, 2002, S. 8).

Es wurden vier Bedürfnisse beschrieben, die für eine Beziehungsgestaltung notwendig sind: Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung, Bindungsbedürfnis, Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung sowie das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung (vgl. Wolff, 2015, S. 310ff.).

3 Methodisches Vorgehen

Das Thema der vorliegenden Arbeit lautet „Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung zwischen Patienten mit der Nebendiagnose Depression und Pflegenden im akutstationären Setting“. Der Autor nahm während seiner Arbeitsphasen vermehrt ein Versorgungsproblem von Patienten mit Depressionen wahr. Pflegende hatten seiner Ansicht nach wenig Wissen über die Erkrankung. Zusätzlich empfand er die Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Pflegenden als mangelhaft. Mitarbeiter hatten Vorurteile gegenüber den Betroffenen oder wussten nicht mit ihrer Erkrankung umzugehen, da sie wenig Empathie für die Situation zeigen konnten.

Des Weiteren vermisste der Autor die ganzheitliche Pflege. Patienten wurden nur mit der Problematik der Einweisungsdiagnose wahrgenommen und andere Defizite wurden in der täglichen Pflege nicht zufriedenstellend behandelt.

Daraus resultierend wird er die Dimension *Empathie* bearbeiten, da diese auf die Beziehung bzw. Nichtbeziehung zwischen Patient und Pflegenden eingeht. Es konnten vier mögliche Perspektiven zur tieferen Bearbeitung identifiziert werden. Zum einen die der Krankheit und Alltagsdefizite und zum anderen die Handlungsebene, Persönlichkeit sowie Individualität. Die Perspektive der Krankheit hat einen Stellenwert aufgrund des Settings. Es wurde das Setting der akutstationären Pflege gewählt, in der multimorbide Patienten versorgt werden.

Der Autor möchte den Stellenwert von Nebendiagnosen und ganzheitlicher Pflege hervorheben. Ein systemischer Ansatz deckt sich mit den Perspektiven Alltagsdefizite und Handlungsebene, da die Erkrankung sich auf das alltägliche Erleben und Handeln der

Patienten auswirkt. Der Autor vermutet, dass Pflegende durch eine gute Beziehungsgestaltung präventiv wirksam werden, Krankenhausaufenthalten vorbeugen können und die emotionale Stabilität stärken. Einbezogen werden soll das persönliche und individuelle Erleben der Patienten und Pflegenden, um Probleme in der Beziehungsgestaltung zu identifizieren und die Wechselwirkung zwischen den Beteiligten darzustellen (vgl. Matolycz, 2013, S. 138ff.).

Somit ergeben sich für den Autor vier zentrale Fragestellungen:

- Welchen Stellenwert hat die Nebendiagnose Depression im akutstationären Setting?
- Was beeinflusst die Haltung von Pflegenden im Umgang mit Patienten die an einer Depression leiden?
- Wie wirken sich beeinflussende Faktoren des Settings auf die Patienten-Pflegenden-Beziehung aus?
- Wie erleben die Betroffenen ihre Erkrankung und wie beeinflussen sie die Beziehung?

Das methodische Vorgehen orientiert sich an der Methode des *evidence-based nursing*. Ziel dieser Methode ist es, wissenschaftliche Methoden und die pflegerische Praxis näher zusammen zu bringen. Zugrunde liegen drei Konzepte – das *Zusammenwirken*, das *pädagogische Konzept* und die *externe Evidenz* (vgl. Panfil, 2005, S. 457). Das Zusammenwirken der Akteure bezieht sich auf den Einbezug der internen klinischen Evidenz mit der externen Evidenz, bezogen auf eine individuelle Patientengruppe. Das pädagogische Konzept fokussiert den lebenslangen Lernprozess und das problemorientierte Lernen. Hierzu werden fünf Arbeitsschritte – *Frage, Literaturrecherche, kritische Bewertung der Evidenz und die Evaluation* – formuliert (vgl. Panfil, 2005, S.458). Die externe Evidenz oder wissenschaftliche Belegbarkeit kann durch Evidenzklassen und kritische Bewertungen von Studien gemessen werden.

Die Beurteilung der Studie erfolgt anhand der Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit nach Behrens und Langer (2004), S. 129ff. Zusätzlich orientierte er sich bei der Literaturrecherche an die Evidenzhierarchie (vgl. Abbildung).

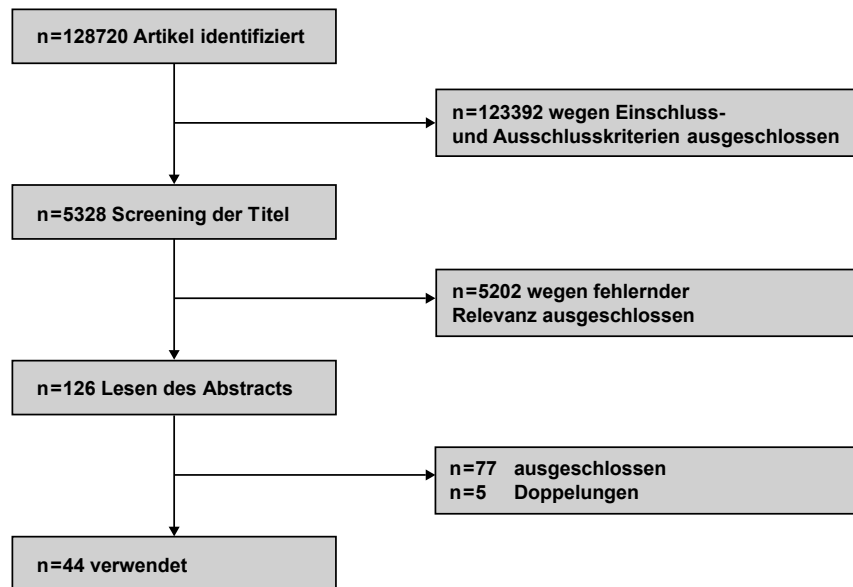
Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisiert-kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs).
Ib	Evidenz aus mindestens einer randomisiert-kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs.
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung.
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie.
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien.
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten.

**Abbildung 4: Evidenzebenen
(DGPPN, et al., 2015, S. 14)**

Der Autor führte zwei Literaturrecherchen durch. Eine allgemeine Literaturrecherche zur Darstellung der vorangegangenen Kapitel. Diese erfolgte im Bestand der Hochschulbibliothek Osnabrück und in einer Handrecherche bei Scinos sowie in diversen Fachzeitschriften. Die differenzierte Literaturrecherche erfolgte zur Beantwortung der generierten Fragestellung. Es wurde in den Datenbanken von PubMed, Medline, Cinahl, und Cochrane gesucht. Hierfür wurden Suchbegriffe verwendet. Diese waren:

- Depression, Komorbidität, depression, comorbidity,
- Pflegende, Wissen, psychische Erkrankungen, Nursing, knowledge, mental health,
- Therapeutische Beziehung, Pflegende, psychische Erkrankungen, mental health, therapeutic relationship, nursing,
- Depression, Wahrnehmung, depression, perception.

Zur besseren Differenzierung wurden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Pflegende sollten keine psychiatrische Fachweiterbildung besitzen. Patienten befanden sich im Erwachsenenalter bzw. in der Altersphase. Das Setting fokussierte die akutstationäre Versorgung. Einbezogene Studien durften nicht älter als 13 Jahre sein. Es wurden deutsche sowie englische Studien berücksichtigt.



**Abbildung 5: Literaturrecherche
(eigene Darstellung)**

Die Literaturrecherche erfolgte am 22. Mai 2018. Insgesamt konnten n=128720 Treffer gefunden werden. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien lagen n=5328 Treffer vor. Der Autor las die Titel der Studien und überprüfte sie auf deren Relevanz. Bezogen auf die vier Fragestellungen konnte er n=126 Treffer verzeichnen. Nach Lesung der Abstracts und Ausschluss von Doppelungen lagen n=44 Treffer vor (vgl. Abbildung Literaturrecherche). Die gefundenen Studien sind als Auflistung im Anhang zu finden.

Die ausgewählten Studien konnten nicht immer die Einschränkung des Settings berücksichtigen, zogen allerdings keine psychiatrischen Kliniken mit ein. Nachfolgend stellt der Autor die Ergebnisse dar die, angelehnt an die Fragestellung, in vier Bereichen dargestellt werden.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche präsentiert. Beginnend wird die **Komorbidität** mit der **Depressionen** einhergehen aufgezeigt. Anschließend erfolgt die Vorstellung **beeinflussender Faktoren** auf Pflegende im Umgang mit Patienten. Folgend

wird auf die Aspekte der **therapeutischen Beziehung** eingegangen. Ein weiterer Aspekt der Fragestellung war die **Krankheitswahrnehmung** der Patienten. Das Kapitel wird durch Anwendung des Adaptionmodell nach Roy auf die Ergebnisse abgeschlossen.

4.1 Depression und Komorbidität

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Studienrecherche dargestellt. In diesem Kapitel wird der Zusammenhang zwischen Depressionen und anderen Erkrankungen dargestellt. Zielsetzung ist es, die Wichtigkeit der Nebendiagnose *Depression* aufzuzeigen.

Chronische Krankheiten erhöhen das Risiko an einer Depression zu erkranken (vgl. Di Benedetto, et. Al., 2014, S. 253). Di Benedetto, et. Al. zeigen in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen psychischer und physischer Gesundheit auf. (vgl. 2014, S. 258).

Eine amerikanische Studie mit 2266 Teilnehmenden im Alter zwischen 20 und 79 Jahren untersuchte geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depressionen und komorbiden Erkrankungen. Die Prävalenzrate von Depressionen lag in der Studienpopulation bei Männer (7,9 %) niedriger als bei Frauen (12,1 %). Bei Männern konnte ein Zusammenhang zwischen Depressionen, Bildungsstand, Einkommen, Armut, physische Aktivität und BMI hergestellt werden. Demgegenüber sind bei Frauen Alter, Bildung, ethnische Herkunft, Einkommen, Armut, physische Aktivität, BMI und Taillenumfang eng mit depressiven Erkrankungen verknüpft. Des Weiteren erkranken depressive Frauen vermehrt an weiteren Krankheiten (vgl. Kim, Shin & Song, 2015, S.980).

In der systematischen Literatuarbeit von Katon, Lin und Kroenke wurde die Komorbidität zwischen Depressionen, Arthritis, Osteoarthritis, Diabetes und Herzerkrankungen untersucht. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass Depressionen und chronische Krankheiten mit mehr medizinischen Symptomen einhergehen, als bei Betroffenen mit einer chronischen Erkrankung (vgl. Katon, Lin & Kroenke, 2006, S. 148ff.). Genauer werden die Studienergebnisse mit Bezug zu ausgewählten Krankheiten folgend dargestellt.

Depressionen und Apoplex

In der Metaanalyse nach Chang-Quan, et. al. wurde die Beziehung zwischen chronischen Krankheiten und dem Risiko für Depression untersucht (vgl. 2009, S. 131). Die Studienpopulation war mindestens 55 Jahre alt oder älter. Sie konnten beim Vorliegen eines

Schlaganfalls ein erhöhtes Risiko für Depressionen identifizieren (vgl. Chanq-Quan, et. al., 2009, S. 132).

Dies wird von Liebetrau, Stehen und Skoog unterstützt. Das Auftreten eines ersten Schlaganfalls ist bei über 85-jährigen Menschen erhöht. Dabei ist es nicht von Relevanz ob, diese an einer demenziellen Erkrankung leiden oder nicht. Zudem zeigen sie auf, dass das Alter, Geschlecht und systolischer Blutdruck zusammen mit Depressionen ein erhöhtes Risiko für einen Schlaganfall bieten (vgl. Liebetrau, Stehen & Skoog, 2008, 1962).

Daran angelehnt konnten Hornsten, Lövheim und Gustafson in ihrer Studie eine erhöhte 5-Jahres Mortalität zwischen Depressionen und Schlaganfällen bei über 85-Jährigen feststellen (vgl. 2013, S. 2). Das Ausbleiben von einem Apoplex und Depression ging nicht mit einer erhöhten Mortalität einher. Die Autoren gehen von einem Zusammenhang zwischen Depressionen, körperlichen und geistigen Einschränkungen aus. Weiterhin weisen sie aus, dass lediglich 28,9 % der Studienpopulation mit Antidepressiva behandelt wurden. Des Weiteren konnte durch die geriatrische Depression-Skala aufgezeigt werden, dass bei 57,9 % der Behandelten weiterhin depressive Symptome vorhanden waren (vgl. Hornsten, Lövheim & Gustafson, 2013, S. 2).

Depressionen und Diabetes Mellitus

Die Prävalenz zwischen Diabetes und Depressionen ist signifikant erhöht. Bei Typ II Diabetes liegt die Komorbidität zwischen 17,8 % und 39 %. Es gibt noch keinen signifikanten Nachweis für eine erhöhte Prävalenz bei Typ I Diabetes (vgl. Roy & Lloyd, 2012, S. 12). Als Risikogruppen konnten Frauen, Alleinlebende, Menschen mit geringer sozialer Unterstützung und einem geringen sozioökonomischen Status identifiziert werden. Zusätzlich sind Früh- und Spät komplikationen, Blutzuckerkontrolle und die Insulintherapie Risikofaktoren für eine Depression bei Typ II Diabetes (vgl. Roy & Lloyd, 2015, S. 514).

Lustman und Clouse untersuchten den Zusammenhang zwischen Stimmung und Blutzuckerkontrolle bei depressiven Patienten, die an einem Diabetes erkrankt sind. Depressionen gehen bei Diabetikern mit einer Hyperglykämie einher. Als Ursache sehen sie die blutzuckersteigende Wirkung von Antidepressiva, Inaktivität sowie eine gesteigerte Wirkung der Hormone der Nebennierenrinde. Hinzukommend ist eine gesteigerte Glukosetoleranz. Zusätzlich wirkt sich die Hyperglykämie auf das Nervensystem aus und führt zu einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber Umweltfaktoren (vgl. Lustman & Clouse, 2005, S.

116; Roy & Lloyd, 2012, S. 515). Roy und Lloyd weisen aus, dass Glukosekonzentration, Insulintoleranz und Depressionen eng miteinander verbunden sind. Dabei ist auffällig, dass das Selbstmanagement bei depressiven Patienten niedrig ist und mit einem erhöhten Blutzuckerwert einhergeht (Roy & Lloyd, 2012, S. 515). Die Folgen dieser Komorbidität ist gekennzeichnet durch eine geringere Lebensqualität, einer erhöhten Mortalität und vermehrten Kosten für das Gesundheitswesen (vgl. Sharry, et. al., 2013, S. 104).

In dem semistrukturierten Interview von Sharry, et. Al. wurden 17 Leute zu dem Umgang mit Diabetes bei gleichzeitiger Depression befragt. Die Ergebnisse sind in ihre Aussagekraft unterschiedlich. Für Betroffene besteht kein klarer Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen. Es konnte keine klare Verbindung zwischen Selbstmanagement und Erkrankung hergestellt werden (vgl. Sharry, et. al., 2013, S. 110ff.).

Hayden, et. Al. untersuchten den Bezug zwischen einer Major Depression und Diabetes während der Schwangerschaft sowie die Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Die Ergebnisse der Kontrolluntersuchung lassen darauf schließen, dass das Auftreten einer Depression während der Schwangerschaft negative Folgen auf die kindliche Entwicklung hat. Sie heben hervor, dass die frühe Erkennung einer Depression positive Folgen für das Kind und die Mutter haben (vgl. Hayden, et. al., 2012, S. 288ff.).

Depressionen und kardiovaskuläre Erkrankungen

Bei chronischen Herz-, Nieren- und Lungen- Störungen mit einer Erkrankungszeit von über fünf Jahren wurde bei 301 Patienten durch die *Hospital Anxiety and Depression Scale* ein signifikant hoher Depressionswert nachgewiesen. Die Studienpopulation war im Durchschnitt 52 Jahre alt, weiblich und arbeitslos. Über die Hälfte der Teilnehmenden hatte einen erhöhten Angst-Wert (52,2 %) und 81,7 % wiesen einen erhöhten Depressions-Wert auf. Der höchste Depressions-Wert wurde bei den Herzerkrankten (89,7 %) nachgewiesen. Folgend waren renale Erkrankungen (86,6 %) und respiratorische Störungen (65,9 %). Der Depressionswert steigt mit zunehmenden Alter an (vgl. Dogu & Aydemir, 2018, S. 545f.).

Depressionen und kardiovaskuläre Erkrankungen haben eine signifikante Komorbidität. Nach den DSM-Diagnosekriterien reichen die Prävalenzzahlen von 15 % bis 30 %. Dabei beeinflussen Depressionen die Entstehung von Herzerkrankungen. Dies geschieht durch psychologische und biologische Verhaltensweisen der Betroffenen. Ebenso ist die 18-Monats-Mortalität bei Depressionen und Herzerkrankungen um das Zweifache erhöht (vgl. Chauvet-Gélinier, 2013, S. 104f.). Das ist in Frage zu stellen, da in einer Metaanalyse nach Meijer, et. Al. 22 % der

Studienpopulation eine erhöhte Mortalität aufwiesen und 13 % ein erhöhtes Risiko für einen erneuten Infarkt oder andere kardiovaskuläre Störungen hatten (vgl. 2013, S. 95f.).

Bei ischämischen Herzerkrankungen und persistierenden Symptomen von Angst und Depressionen wiesen in einer Langzeitstudie 61,2 % der Population eine Symptomatik für Depressionen und Angst auf. Teilnehmende waren mit 73,8 % meist männlich und im Durchschnitt 67,2 Jahre alt. Persistierende depressive Symptome lagen bei 45,4 % vor. In der 12-monatigen Nachverfolgung starben insgesamt 63 Patienten. Bei 23 der Verstorbenen war dies aufgrund kardialer Probleme. Die höchste Mortalität wiesen die Betroffenen auf, die gleichzeitig unter den Symptomen von Angst und Depressionen litten (3,8 %). Bei persistierenden depressiven Symptomen lag die Mortalität bei 2,9 %, während sie beim Ausbleiben von allen Symptomen bei 1,87 % lag (vgl. Doering, et. Al., 2010, S. 4f.).

Die Annahme einer erhöhten Mortalität bei depressiven Erkrankungen wird von Fan, et. Al. geteilt (vgl. 2014, S. 40). Sie fanden heraus, dass dies nur der Fall bei einer Major Depression sei. Ein Zusammenhang zwischen erhöhter Sterblichkeit und einer Minor Depression konnte nicht nachgewiesen werden. Bezogen auf kardiovaskuläre Erkrankungen konnten sie eine erhöhte vier Jahres Mortalität bei einer Major Depression nachweisen (vgl. Fan, et. Al., 2014, S. 40).

Depressionen und Morbus Parkinson

In dem wenig aussagekräftigen Review von Sagna, Gallo und Pontone wurden die Zusammenhänge zwischen Parkinson, Depressionen und Angststörungen untersucht. Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit gehen dabei mit einem erhöhten Risiko für depressive Episoden und Angststörungen einher. Auffällig war das erhöhte Auftreten von depressiven Störungen bei einem Erkrankungsalter von unter 60 Jahren (vgl. Sagna, Gallo & Pontone, 2014, S. 5).

Depression und Epilepsie

Bei der ambulanten Behandlung von Epilepsie konnten verschiedene Risikofaktoren für das Auftreten einer Depression identifiziert werden. Es wurden keine einheitlichen Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren und Depressionen gefunden. Ein Risikofaktor besteht in dem Auftreten von Krämpfen. Das Vorhandensein weiterer chronischer Krankheiten geht mit einem erhöhten Risiko für Depressionen einher. Zu den psychologischen

Risikofaktoren zählen die Scham vor Krämpfen, Einschränkungen des täglichen Lebens und die Stigmatisierung der Gesellschaft im Vordergrund (vgl. Lacey, Salzberg & D'Souza, 2015, S. 3).

Depression und zervikalen spondylotischen Myelopathie

In der Kohortenstudie von Stoffman, Roberts und King wurde der Zusammenhang zwischen Depressionen, Angst und der zervikalen spondylotischen Myelopathie bei 89 Patienten untersucht. Eine depressive Stimmung lag bei 29 % der Studienpopulation vor. Dabei war die depressive Stimmung eng mit dem Schweregrad der Erkrankung verbunden. Patienten mit einem höherem Funktionsverlust neigten eher zu depressiven Symptomen (vgl. Stoffman, Roberts & King, 2005, S. 309f.).

Depression und Inkontinenz

Inkontinenz und Depressionen sind beides Erkrankungen die mit Stigmatisierung, fehlender Akzeptanz der Patienten und wenig Anerkennung von Behandelnden einhergeht. Bei 3536 Untersuchten im Alter zwischen 30 und 90 Jahren konnten 1458 Frauen mit Harninkontinenz identifiziert werden. Dabei lag die Prävalenz einer Major Depression bei Frauen ohne Inkontinenz bei 2,2 %. Demgegenüber stehen 6,1 % bei Frauen mit Inkontinenz. Es konnte aufgezeigt werden, dass die Prävalenz und Schwere der Depression mit der Schwere des Inkontinenzgrades zusammenhängt. Zudem wiesen depressiv verstimmte Frauen einen höheren BMI, geringeren Bildungsstand und ein geringeres Einkommen auf. Des Weiteren schätzen die betroffenen Frauen ihre Erkrankung schlimmer ein als in der Kontrollgruppe. Sie hatten eine geringere Lebensqualität, mehr Scham und höhere Funktionseinschränkungen (vgl. Melville, et. al., 2005, S. 587f.).

In einem Literaturreview nach Breyer, et. Al. wurde der Zusammenhang zwischen Nykturie, Depressionen und Angststörungen untersucht. Die Autoren konnten sieben Studien in ihre Untersuchung einbeziehen. Insgesamt konnte eine Wechselbeziehung zwischen Nykturie und Depressionen hergestellt werden. In vier Studien wird ein Zusammenhang zwischen Antidepressiva und der Entstehung einer Nykturie vermutet. Weiterhin heben alle Studien hervor, dass das nächtliche Wasser lassen mit Depressionen zu einer eingeschränkten Lebensqualität führt. Zudem scheinen Männer ein höheres Risiko zur Entstehung einer Depression zu haben als Frauen. Die Autoren empfehlen Behandelnden, Patientenrisikogruppen besser zu identifizieren. Weiterhin heben sie die Wichtigkeit einer

ausreichenden Aufklärung und gelungener Kommunikation hervor. Betroffenen sollte ihrer Meinung nach psychologische Hilfe angeboten werden (vgl. Breyer, et. Al., 2013, S. 956).

Depression und Schmerz

Schmerzpatienten mit einhergehender Depression haben eine geringere Lebensqualität. Eine Studie mit 88 Teilnehmern untersuchte die Zusammenhänge zwischen chronischen Rückenschmerzen sowie Depressionen. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt 50,1 Jahre alt und litten im Mittel 8,7 Jahre an ihrer Erkrankung. 36,4 % der Studienpopulation erfüllte die Kriterien für eine Major Depression, Dysthymie oder Minor Depression. Ein erhöhter Schweregrad der Depression ging mit einer erhöhten Schmerzintensität und höheren Funktionseinschränkung einher. Durch kognitive Verhaltenstherapie konnten die belastenden Symptome bei den Teilnehmenden gesenkt werden (vgl. Glombiewski, Hartwich-Tersek & Rief, 2010, S. 132).

Depression und COPD

Eine Metaanalyse von acht Studien zur Prävalenz von COPD und Depression konnte nachweisen, dass die Komorbidität der beiden Erkrankungen erhöht ist. Im Durchschnitt litten 27,1 % der Studienpopulation an einer Depression. Die Kontrollgruppe wies eine Erkrankungsrate von 10 % auf. Die Ergebnisse sind kritisch zu betrachten, da die Population in sieben Studien nur durch Screeninginstrumente auf Depressionen untersucht wurde. Lediglich in einer Studie wurden die Diagnosekriterien der DSM angewandt (vgl. Matte, et. al., 2016, S. 157f.).

4.2 Beeinflussende Faktoren auf Pflegende im Umgang mit Depressionen

Die akutstationäre Behandlung von psychisch kranken Menschen beansprucht vermehrt Ressourcen. Dies liegt den verlängerten Krankenhausaufenthalten, dem erneuten Hospitalisierungsrisiko und möglichen Komplikationen zugrunde (vgl. Zolnierek, 2009, S. 1574). Psychisch Kranke haben aufgrund ihres Verhaltens das Risiko, von Pflegenden als *schwierig* wahrgenommen zu werden. Diese Stigmatisierung beeinflusst die Qualität der

Pflege und die Behandlungsergebnisse der Betroffenen. Folgend sind Pflegende durch die Ziele, der Struktur und der Routine von Krankenhäusern beeinflusst (vgl. Zolnierek, 2009, S. 1572).

Van der Kluit und Goossens beschreiben Faktoren, die das Verhalten von Pflegenden gegenüber psychisch kranken Menschen untersucht. Ihre Ergebnisse stellen sie als professionelle, organisatorische und personale Eigenschaften vor.

Zu den professionellen Eigenschaften gehört das Wissen über die Erkrankungen. Pflegende mit mehr Fachwissen und Fertigkeiten zeigten eine positivere Verhaltensweise als andere. Zusätzlich fühlten sie sich sicherer im Umgang mit den Patienten. Die Autoren heben hervor, dass in 11 einbezogenen Studien, Pflegende mangelndes Fachwissen äußern (vgl. van der Kluit & Goossens, 2011, S. 520).

Zu ergänzen sind die Ergebnisse nach Park, et. Al. In ihrer Studie wiesen die Autoren nach, dass Pflegende ein besseres Wissen hatten als Pflegehelfer. 82,1 % der 851 Befragten geben an, dass sie ein überdurchschnittliches Wissen über depressive Erkrankungen haben. Dennoch sind die Kenntnisse unzureichend. Vielmehr besteht ein fundamentales Wissen über den Umgang mit Suizidalität (vgl. Park, et. Al., 2015, S. 955). Des Weiteren zeigten Pflegende mit einem höheren Bildungsabschluss bessere Eigenschaften im Umgang mit psychisch Kranken. Die gesammelten Erfahrungen wirken sich unterschiedlich auf die Verhaltensweise aus. Pflegende, die positive Erfahrungen machten, zeigten mehr Empathie. Behandelnde, die negative Erfahrungen machten, berichteten von mehr Angst im Umgang mit dieser Patientengruppe. Die Sicht auf den Patienten wirkt sich ebenso auf das Verhalten aus. Aus der aufgabenorientierten Sicht wird der Patient als störender Faktor im Stationsalltag wahrgenommen. Demgegenüber steht die patientenorientierte Sicht, welche sich positiv auf das Verhalten auswirkt (vgl. van der Kluit & Goossens, 2015, S. 524). Zusätzlich empfinden Pflegende es schwierig, zwischen Stress und Depressionen zu unterscheiden. Sie befürchten die Pathologisierung von alltäglichen Problemen (vgl. Barley, et. Al., 2011, S. 4).

Die organisatorischen Eigenschaften sind durch Arbeitsbelastung und Unterstützung geprägt. Durch den hohen Zeitdruck in der Versorgung von Patienten stehen Pflegende in einem Zwiespalt (vgl. Park, et. Al., 2015, S. 957). Sie fühlen sich dazu gezwungen, zwischen der physischen und psychischen Versorgung eines Patienten zu entscheiden. Dies resultiert meist in der Vernachlässigung psychischer Belange. Die Unterstützung in der Versorgung von psychisch Kranken von Seiten des Managements wird von Pflegenden als unzureichend

beurteilt. Die Umgebung des Krankenhauses passt sich zu wenig an die Bedürfnisse der Patienten an (vgl. van der Kluit & Goossens, 2015, S. 524).

Pflegende sind auch während ihrer Freizeit mit psychischen Problemen konfrontiert. Negative Erfahrungen im Privatleben können die personalen Eigenschaften beeinflussen und resultieren in Angst und Vermeidung. Zudem werden Werte und Überzeugungen durch das soziale Umfeld geprägt (vgl. van der Kluit & Goossens, 2015, S. 524).

Stigmatisierung ist ein multidimensionales Konzept, welches in allen Kulturen und Lebensphasen auftritt. Es wirkt sich auf die Gesundheit der Gesellschaft und einzelner Individuen aus. Folgend sind Rückzug und sozialer Ausschluss. Stigmatisierende Verhaltensweisen beeinträchtigen das alltägliche Leben, Beziehung, Arbeitsverhältnisse und Genesung von Krankheiten (vgl. Pinto-Foltz & Logsdon, 2009, S. 22f.). Stigmatisierung trifft ältere Personen schwerer als jüngere Menschen. Dies liegt an einer alten Denkweise, in der Depression als Zeichen von Schwäche oder Unfähigkeit angesehen wurden. Resultierend daraus entsteht Scham, welche die Inanspruchnahme von Hilfe vermindert (vgl. Barley, et. Al., 2011, S. 5f).

Mögliche Ursache für ein verurteilendes Verhalten ist das Erlernen von sozialen Normen im frühen Kindesalter. Sie sind eng verbunden mit den Ansichten des familiären Systems. Das Verhalten von psychisch Kranken bestätigt sich auch in der alltäglichen Sprache und den Medien. Stigmatisierung ist dabei eng mit der Selbstkontrolle einer Person verbunden. Betroffenen wird vorgeworfen, selbst an ihrer Erkrankung Schuld zu sein und nicht genug Verantwortung für sich selbst zu tragen (vgl. Pinto-Foltz & Logsdon, 2009, S. 25).

4.3 Die therapeutische Beziehung

Die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten wird als fortlaufend sinnvolle Kommunikation bezeichnet, die Ehrlichkeit und Respekt fördert und auf einer Partnerschaft zwischen den Beteiligten basiert (vgl. Perraud, et. Al., 2006, S. 219). Die patientenorientierte Art in der Kommunikation mit Klärung der Therapieziele wirkt sich positiv auf die Adhärenz des Patienten und die Beziehung aus. Dabei ist eine empathische Verhaltensweise von großer Bedeutung (vgl. Perraud, et. Al., 2006, S. 221f., Zolnierek & DiMatteo, 2009, S. 5).

Die Bezeichnung *therapeutische Beziehung* setzt voraus, dass Pflegende als Therapeuten aktiv werden. Stickley und Freshwater sind der Meinung, dass dies durch *Zuhören* erreicht werden kann. Dies ist eine Kompetenz, die nicht erlernt werden kann, sondern durch Erfahrungen

erworben wird. Vielmehr ist diese Fähigkeit durch die reflektierte Haltung der Pflegenden über ihre eigenen Schwächen und der zu tragenden Verantwortung geprägt. Damit tragen sie zu ihrer eigenen Kongruenz bei. Es gibt den Patienten das Gefühl, jemanden an ihrer Seite zu haben, der menschlich handelt und einfühlsam auf individuelle Problemlagen eingeht (vgl. Stickley & Freshwater, 2006, S. 14ff.). Des Weiteren geben Pflegende Informationen weiter. Es gibt der Beziehung eine partnerschaftliche Ebene und bewahrt die Autonomie der Patienten (vgl. Doherty & Thompson, 2014, S. 506).

Eine randomisierte Kontrollstudie von Fukui, et. Al. untersuchte die Wirkung von unterstützenden Gesprächen bei einer Krebsdiagnose bei 89 Patienten innerhalb von drei Monaten. Die Wirksamkeit der Intervention wurde mit der *Hospital Anxiety and Depression Scale* und der *Adjustment to Cancer scale* erfasst. Die Durchführungsgruppe erhielt ein zweitägiges Kommunikationstraining in der Anwendung eines sechs Stufen Ansatzes. Dieser bestand in der Vereinbarung eines Termins, Bewertung der individuellen Krankheitswahrnehmung, das Einholen einer Erlaubnis zum Geben von Informationen, vermitteln von Wissen und Informationen, das Eingehen auf Emotionen und die Entwicklung von Lösungsstrategien (vgl. Fukui, et. Al., 2008, S. 1464f.). Die Autoren konnten keinen signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen feststellen. Dennoch bewerteten die Patienten die angebotene Hilfe als positiv. Pflegende führten die Gespräche passiv und fokussierten die Bedürfnisse der Patienten (vgl. Fukui, et. Al., 2008, S. 1466).

Ähnlich ist die randomisierte Kontrollstudie von Kubota, et. Al., in der Pflegende in einer Fortbildung zu psychoonkologischen Problemlagen geschult wurden. Die Autoren hatten das Ziel, das Selbstbewusstsein der Pflegenden zu stärken und ihr Wissen zu typischen psychologischen Problemen zu stärken (vgl. Kubota, et. Al., 2016, S. 712f.). Die Interventionsgruppe wurde in einer 16-stündigen Schulung zur unterstützenden Beratung und Krisenintervention fortgebildet. Die Ergebnisse wurden anhand der *Confidence Scale*, *Attitudes Toward Caring for Patients Feeling Meaningless* und der *Nursing Job Stressor Scale* gemessen (vgl. Kubota, et. Al., 2016, S. 714). Die Fortbildung konnte das Selbstbewusstsein der Pflegenden stärken und neues Wissen vermitteln. Von den 79 Teilnehmenden empfanden 98 % die Durchführung als sinnvoll und 91 % würden das Programm an Kollegen weiterempfehlen (vgl. Kubota, et. Al., 2016, S. 715).

Es ist festzuhalten, dass eine gelungene Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patienten sowie die Adhärenz eng miteinander verknüpft sind (vgl. Zolnierek & DiMatteo,

2009, S. 5). Dies kann positive Auswirkungen auf den Behandlungserfolg haben. Forschuk, et. Al. wiesen in ihrer Studie nach, dass eine durchgängige Behandlung und erfolgreiche Beziehung die Lebensqualität fördern und die Liegezeiten verringern kann (vgl. 2005, S. 563). Die Versorgung physischer Belange ist ein weiterer Aspekt der therapeutischen Beziehung. Pflegende fördern die Selbstpflegekompetenz und begleiten den Patienten durch seine Behandlung (vgl. Bartels, et. Al., 2014, S. 333). Dabei berücksichtigen sie die alltäglichen Belange und reflektieren diese vor ihrem professionellen Wissen. Wichtiger Bestandteil ist das Vermitteln von Sicherheit und Geborgenheit. Dies gelingt durch Aufbauen von Vertrauen und dem Geben von Zeit (vgl. Hawamdeh & Fakhry, 2013, S. 180f.). Restriktive Interventionen wie dem Ausbleiben von Autonomie, Kontrolle und Freiheit führen zu Angst und herausforderndem Verhalten. Aus diesem Grund sollten diese strikt vermieden werden (vgl. Hext, Clark & Xyrichis, 2018, S. 480).

Die partnerschaftliche Beziehung hat positive Effekte auf Menschen mit Depressionen. Im Vergleich zur normalen Pflege konnten innerhalb der ersten sechs Monate signifikante Unterschiede festgestellt werden (vgl. Archer, 2012, S. 14). Dieser Effekt wurde auch in langfristigen Beziehungen von bis zu 24 Monaten nachgewiesen. Ebenso wurde die Einnahme von Antidepressiva besser von den Patienten akzeptiert als in einer nicht partnerschaftlichen Beziehung (vgl. Archer, 2012, S. 18). Es sind positive Effekte auf die psychische Gesundheit zu verzeichnen. Eine Verbesserung der physischen Gesundheit konnte nicht nachgewiesen werden (vgl. Archer, 2012, S. 19).

4.4 Die Krankheitswahrnehmung bei Depressionen

Psychisch kranke Menschen sind oftmals stigmatisierenden Verhaltensweisen ausgesetzt. Sie werden als *gefährlich* und *unvorhersehbar* eingeschätzt. Weiterhin ist die Wahrscheinlichkeit eingestellt zu werden oder ein politisches Amt einzunehmen gering (vgl. Reavley & Jorm, 2011, S. 1088). In einer australischen Telefonumfrage mit 6019 Befragten gaben 53,8 % an, dass depressiv Erkrankte alleine ihre Probleme bewältigen könnten. Nahezu die Hälfte der Teilnehmenden sahen in psychischen Störungen keine richtige Erkrankung. Eine Folge von Stigmatisierung ist die soziale Ausgrenzung von Personengruppen. Jemanden mit Depressionen zu heiraten, würden 28,2 % vermeiden. 8,8 % würden sich keinen depressiv erkrankten Nachbar wünschen (vgl. Reavley & Jorm, 2011, S. 1090f.).

Die *Objektifizierungstheorie* nach Fredrickson und Roberts ist ein feministisches Modell zur Beschreibung von soziokulturellen Einflüssen auf Frauen und deren psychischen Auswirkungen. *Objektifizierung* wird durch interpersonale Aktionen, wie Kommentare über das Aussehen, erfahren. Die Theorie besagt, dass Frauen in der heutigen Mediengesellschaft Einflüssen nicht entfliehen können und diese sich in einer Unzufriedenheit mit ihrem körperlichen Aussehen auswirken. Als Folgeerscheinung dieser *Objektivierung* resultieren Gefühle wie Scham, Angst, Entfremdung vom eigenen Selbst und Spannungszuständen (vgl. Jones & Griffiths, 2014, S. 23).

Jones und Griffiths analysierten 31 Studien, um den Zusammenhang zwischen der Theorie und der Entwicklung von Depressionen zu beweisen. In 24 Studien konnten direkte oder indirekte Verbindungen gefunden werden. Von besonderer Relevanz war das Gefühl, eine *schlechte Person* zu sein, wenn das äußerliche Erscheinungsbild den kulturellen Ansprüchen nicht entsprach. Bezogen auf Männer fanden vier Studien einen indirekten Zusammenhang zwischen Scham vor dem eigenen Körper und Angst vor dem äußerlichen Erscheinungsbild. In einem statistischen Vergleich konnten die Autoren keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen (vgl. Jones & Griffiths, 2014, S. 25ff.). Weiterhin beeinflusst die Selbstwahrnehmung des Alters bei 70 bis 74-Jährigen die Entstehung von Depressionen. Von weiterer Relevanz ist die Zufriedenheit von freundschaftlichen Beziehungen und Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes. Ein Defizit wird mit der Entstehung von Depressionen assoziiert (vgl. Vaccaro, et. Al., 2017, S. 4).

In der randomisierten Kontrollstudie nach Danielsson & Rosberg wurden die Auswirkungen der *basic body awarness therapy* auf 15 Patienten mit einer Major Depression untersucht (vgl. 2015, S. 2f.). Die Ergebnisse wurden anhand von semistrukturierten Interviews erhoben. Die Intervention ist in vier Schritten unterteilt. Der erste Schritt beinhaltet Rückenübungen auf dem Boden um eine Entspannung zu erwirken. Anschließend werden Steh- und Gehübungen durchgeführt, auf welche eine sitzende Meditation folgt. Abschließend erfolgt die Reflektion der Übungen und gewonnene Erfahrungen werden geteilt (vgl. Danielsson & Rosberg, 2015, S. 5). Die Übungen erreichten bei den Patienten eine offenere Lebenseinstellung. Sie nahmen ihren Körper als veränderbar und dynamisch wahr. Es wurde von einer erhöhten Vitalität berichtet. Teilnehmende erzählten, dass sie freier und spontaner atmen konnten. Zudem konnten negative Gefühle abgebaut werden. Ebenso wurde von einem geerdeten Gefühl berichtet. Positiv hoben die Teilnehmenden die Wahrnehmung zwischen Physis und Psyche

hervor. Sie konnten den Zusammenhang zwischen physischen Aktivitäten (Anspannung und Atmung) und emotionalen Stress herstellen (vgl. Danielsson & Rosberg, 2015, S. 6ff.).

Physische Aktivität ist bei depressiv erkrankten Menschen hilfreich. Es gibt ihnen das Gefühl eines gesünderen Lebensstils und der Teilhabe am sozialen Leben. Weiterhin wird die Widerstandsfähigkeit eines Menschen belastet, die durch Beanspruchung und Unterstützung in einem Anstieg an Selbstbewusstsein mündet (vgl. Danielsson, Kihlbom & Rosberg, 2016, S. 1245f.).

Die Auswirkungen einer Erkrankung führen zu einer veränderten Wahrnehmung der Patienten. Le Grande, et. Al. konnten in ihrer Studie fünf Patientengruppen mit Herzerkrankungen identifizieren, die ihre Lebensqualität unterschiedlich einschätzten (vgl. 2011, S. 719).

Die erste Gruppe fokussierte die Konsequenzen ihrer Erkrankung. Sie sahen die Behandlung als ineffektiv an, da sie eher von einem chronischen als einem akuten Krankheitsverlauf ausgingen (vgl. Le Grande, et. Al., 2012, S. 718f.).

Die zweite Gruppe hatte eine geringe Krankheitswahrnehmung. Die Autoren schlossen daraus, dass diese Patienten keinen emotionalen Bezug zu ihrer Erkrankung hatten. Ihr Verhalten spricht für Ablehnung und einer Fehleinschätzung der Auswirkungen auf ihre Gesundheit.

Die dritte Gruppe fühlte sich in der Lage ihre Krankheit zu bewältigen und sah die Behandlung als effektiv an. Die Auswirkungen auf das alltägliche Leben sind gering (vgl. Le Grande, et. Al., 2012, S. 718f.).

Anschließend sind in der vierten Gruppe Patienten, die die Auswirkungen der Erkrankung als massiv auf ihr Leben einschätzen. Sie haben geringe Kontrolle und empfinden die Therapie als nicht erfolgsversprechend (vgl. Le Grande, et. Al., 2012, S. 718f.).

Die letzte Gruppe beinhaltet vor allem junge Patienten. Die Erkrankung hat massive Auswirkungen auf ihr Leben. Mit den letzten beiden Gruppen verbinden die Autoren ein hohes Risiko an Depressionen zu erkranken und sehen die Lebensqualität der Patienten als sehr gering an (vgl. Le Grande, et. Al., 2012, S. 718f.).

In diesem Kapitel konnte der Zusammenhang zwischen Depression und weiteren Erkrankungen aufgezeigt werden. Der Funktionsverlust, der mit somatischen Erkrankungen

einhergeht, begünstigt die Entstehung von Depressionen. Weiterhin beeinträchtigt die Komorbidität die Lebensqualität der Betroffenen.

Die Ressourcen, die Pflegenden zur Verfügung stehen sind nicht ausreichend. Sie stehen in ambivalenten Verhältnis in der Versorgung. Es mangelt an Unterstützung durch das Management. Des Weiteren werden Pflegende durch ihre Werte und Ansichten des privaten Lebens und familiären Systems geprägt.

Patienten mit Depressionen weisen krankheitsbedingte Selbstwahrnehmungsstörungen auf. Sie sind von der Angst geprägt, stigmatisiert und sozial ausgegrenzt zu werden.

5 Diskussion

Der Autor nahm in seinen Arbeitsphasen vermehrt ein Versorgungsproblem von depressiv erkrankten Menschen wahr. Seiner Ansicht nach wurde in der Therapie lediglich die Einweisungsdiagnose beachtet. Es konnte ein Zusammenhang zwischen chronischen Krankheiten und der Entstehung von depressiven Erkrankungen nachgewiesen werden. Dabei müssen individuelle Risikofaktoren der Patienten beachtet werden, die die Entstehung von Depressionen begünstigen. Dazu zählen der Bildungsstand, Armut, finanzielles Einkommen und das äußerliche Erscheinungsbild.

Bei bestehender Komorbidität von Depressionen und Schlaganfällen haben Betroffene eine erhöhte Mortalität. Zusätzlich begünstigen beide Erkrankungen die gegenseitige Entstehung. Ein bestehender Schlaganfall begünstigt die Entstehung depressiver Erkrankungen und umgekehrt. Es konnte festgestellt werden, dass die Behandlung mit Antidepressiva niedrig ist. Gleichzeitig ist das Vorkommen von depressiven Symptomen hoch. Dies spricht für eine symptomatische Unterversorgung dieser Patientengruppe.

Diabetes Mellitus und Depressionen gehen mit einer hohen Komorbidität einher. Patienten weisen eine mangelnde Krankheitsbewältigung auf, die mit erhöhten Glukosewerten und einer gesteigerten Insulintoleranz einhergehen. Die Auswirkungen von Medikamenten und pathophysiologischen Vorgängen muss weiter erforscht werden. Weiterhin sind negative Auswirkungen auf die frühkindliche Entwicklung bei bestehender Komorbidität nicht auszuschließen. Festzuhalten ist, dass die beiden Erkrankungen mit erhöhten Kosten für das Gesundheitswesen, einer erhöhten Mortalität und geringerer Lebensqualität zusammenhängen..

Chronische Herzerkrankungen gehen mit einer erhöhten Prävalenz von depressiven Erkrankungen einher. Dabei wirken sich Depressionen negativ auf die Entstehung dieser Leiden aus. Eine erhöhte Mortalität ist fragwürdig. Dennoch konnte bei schwerwiegenden psychischen Störungen eine gestiegene Mortalität festgestellt werden.

Das Risiko, bei bestehender Erkrankung eine Depression zu entwickeln, liegt bei Erkrankten mit Parkinson in den Bewegungseinschränkungen. Bei Epilepsie stehen vor allem Scham und die Angst vor Stigmatisierung im Vordergrund. Menschen mit einer zervikalen spondylotischen Myelopathie empfinden den Funktionsverlust als belastend. Von Relevanz scheint die Berücksichtigung der somatischen Symptome zu sein. Diese wirken sich negativ auf das psychische Wohlbefinden aus.

Ebenfalls beschreiben Patienten mit Inkontinenz ihre Erkrankung als schambehaftet. Sie erleiden stigmatisierende Verhaltensweisen. Erhöhte Prävalenzzahlen von Depressionen sind besonders bei schweren Verlaufsformen zu finden. Dies geht mit einer geringeren Lebensqualität für die Betroffenen einher.

Schmerzpatienten mit einhergehender Depression erleben eine höhere Schmerzintensität. Es konnten höhere Funktionseinschränkungen und eine geringere Lebensqualität festgestellt werden.

Die Prägnanz der Nebendiagnose Depression ist für den Autor hoch. Für ihn stellte sich die Frage, welche Faktoren auf Pflegende einwirken, die die Behandlung dieser Patientengruppe beeinflussen.

Pflegende berichteten von fehlender Unterstützung von Seiten des Managements. Die Versorgung von multimorbiden Patienten stellt große Herausforderungen an die Einrichtungen. Diese können die benötigten Ressourcen nicht bereitstellen. Erhöhter Zeitdruck und knappe Personalbelegungen führen die Pflege von einer ganzheitlichen Sicht zu einer aufgabenorientierten Sicht. Praktizierende stehen im Zwiespalt sich zwischen der physischen und psychischen Versorgung zu entscheiden. Da diese Arbeit das Setting des akutstationären Settings wählte, liegt für den Autor die physische Versorgung im Vordergrund. Somit werden psychische Belange der Patienten vernachlässigt. Dies führt zu einer veränderten Wahrnehmung bei Pflegenden von depressiv erkrankten Menschen. Diese werden als schwierige Patienten wahrgenommen. Folgend sind stigmatisierende Verhaltensweisen, die auf vorherigen negativen Erfahrungen oder den Werten und Normen des Privatlebens/des familiären Systems beruhen. Weiterhin beeinflusst das lückenhafte

Fachwissen die Beziehungsgestaltung zu depressiv Erkrankten. Pflegende mit mehr Wissen zeigten positivere Verhaltensweisen im Umgang als andere.

Patienten mit depressiven Erkrankungen sind stigmatisierenden Verhaltensweisen ausgesetzt. Dies ist auf die krankheitsbedingten Symptome zurückzuführen. Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Antriebslosigkeit und weitere Symptome beeinflussen die Wahrnehmung von anderen Personen. Dabei fördert die Objektivierung die Angst vor sozialer Ausgrenzung. Resultierend daraus ergeben sich Probleme in der Beziehungsgestaltung. Dennoch muss der Krankheitswert angenommen werden, da es zu krankheitsbedingten Selbstwahrnehmungsstörungen kommt. Betroffene müssen den Umgang von körperlichem und emotionalem Erleben lernen. Interventionen mit dieser Zielsetzung zeigen positive Ergebnisse. Weiterhin ist die Komorbidität zwischen Erkrankungen zu beachten. Patienten haben nicht immer effektive Coping-Strategien. Im Hinblick auf die Definition von Gesundheit und der gesetzlichen Aufgabe von Krankenhäusern ist die Zielsetzung von Pflegenden und anderen Akteuren die Entwicklung von Lösungsstrategien und die Linderung bzw. Heilung von Krankheiten.

Dies kann durch therapeutische Beziehungen erreicht werden. Sie werden als fortlaufende und sinnvolle Art der Kommunikation betrachtet. Die Anwendung dieser Beziehungsart hat positive Effekte auf die Behandlungsergebnisse. So kann die Lebensqualität von Patienten gesteigert und Liegezeiten verkürzt werden. Ebenfalls fördert es die Adhärenz des Patienten gegenüber Therapien und Interventionen. Gekennzeichnet ist diese Art der Beziehung durch Empathie, Sicherheit, Geborgenheit, Vertrauen und Zeit. Mit Hilfe von unterstützenden Gesprächen könnten Pflegende das Bild des schwierigen Patienten verändern. Fortbildungsmaßnahmen sind daher sinnvoll und werden von Teilnehmern als positiv bewertet.

Betrachtet man das akutstationäre Setting, Pflegende und Patienten als ein *System* so sind die Zusammenhänge besser verständlich. Hierfür verwendet der Autor das Adaptionmodell nach Callista Roy, welches eingangs vorgestellt wurde.

Die einwirkenden Reize auf das System sind vielfältig. Als **fokale** Reize bewertet der Autor die depressiven Symptome der Patienten, das wirtschaftliche Denken des akutstationären Settings und bei Pflegenden die aufgabenorientierte Sicht. Zusätzlich beeinflussende **kontextuelle** Reize sind der Zeitdruck, mangelndes Wissen, Scham, Ablehnung und Fehleinschätzung. Äußerliche Einwirkungen, in Form von **residualen** Reizen sind die Ordnung

und Struktur des Krankenhauses sowie das Rollenverständnis von Pflegenden und Patienten. Das **Adaptionsniveau** bildet sich aus den drei Reizen und dem System. Resultierend daraus zeigt das System Verhalten. Der Autor bewertet dieses Verhalten als unzureichend, da die Erfordernisse an das System zu hoch sind und diesem nicht gerecht werden kann. Somit ist das innerliche Befinden gestört.

Das **physikalische System** beinhaltet die Mitglieder Patienten, Pflegende und das akutstationäre Setting. Weiterhin sind bauliche Einrichtungen und finanzielle Ressourcen zu berücksichtigen. Das System hat das Ziel, die Gruppenintegrität zu erhalten. Dies kann nicht erreicht werden, da die einwirkenden Faktoren zu gravierend sind.

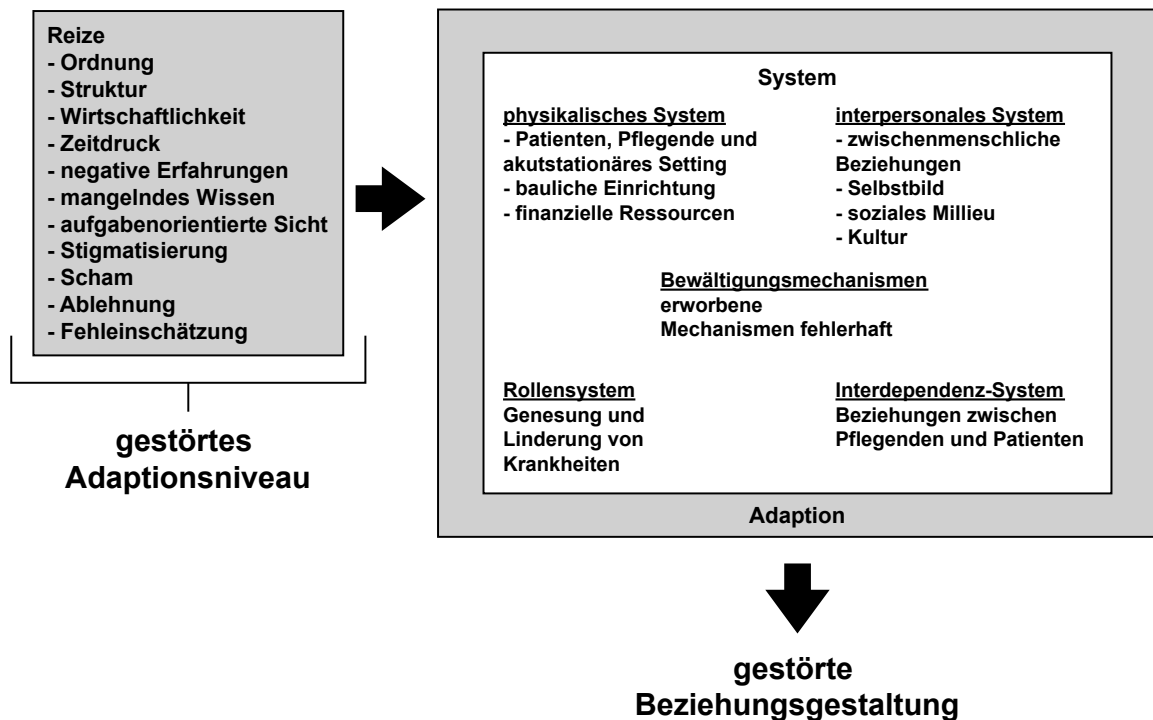
Das **interpersonale System** hat die effektive Beziehungsgestaltung zum Ziel. Dazu gehört das Selbstbild der Akteure, das soziale Milieu, die Kultur und zwischenmenschliche Beziehungen. Nach Ansicht des Autors sollten Pflegende ein besseres Selbstbild entwickeln. Sie sind Hauptakteure in der Versorgung von kranken Menschen und wirken positiv sowie negativ auf diese ein. Die Arbeitsbedingungen gewährleisten keine optimale Beziehungsgestaltung. Struktur und Arbeitsprozesse sind wenig flexibel gestaltet. Sie lassen keinen Spielraum für individuelles Handeln. Das gesellschaftliche Bild gegenüber kranken Menschen, besonders psychisch Kranken, muss ebenso überdacht werden.

Das **Rollensystem** möchte die Ziele des Systems erreichen. Dazu gehören die adäquate Versorgung kranker Menschen, die Prävention, die Linderung und die Genesung von Krankheit. Mitglieder des Systems müssen das gemeinsame Ziel beobachten und vor ihrem professionellen Wissen reflektieren, um zielgerichtet zu arbeiten.

Das **Interdependenz-System** bezieht sich auf interpersonale Beziehungen. Dabei ist die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten hervorzuheben. Diese sind als Bezugspersonen anzusehen, die durch Liebe, Wertschätzung und Respekt die Integrität des Gegenübers fördern. Die Weitergabe von Informationen ist die Aufgabe des Systems.

Die Bewältigungsmechanismen sind in stabilisierende und innovative Systeme zu unterteilen. Das **stabilisierende** System hat das Ziel, Struktur und Prozesse zu erhalten. Zielsetzung des **innovativen** Systems ist das Wachstum und die Weiterentwicklung des Systems. Nach Auffassung des Autors sind diese Ziele nicht zu erreichen. Er bewertet die Bewältigungsmechanismen als unzureichend, da die Erfordernisse auf das System zu groß

sind.



**Abbildung 6: Ergebnis
(eigene Darstellung)**

Roy versteht **Gesundheit** als Prozess, sich weiterzuentwickeln und zu wachsen. Betrachtet man das System als *krankhaft*, so ist eine Integration zur Gesundheit momentan nicht zu erreichen. Zielsetzung von Pflege ist es, die Anpassung an Krankheit und zwischenmenschliche Beziehungen zu fördern. Weiterhin müssen Aspekte der individuellen Gesundheit wahrgenommen und thematisiert werden. Die zu treffenden Maßnahmen basieren auf den Problemen der Reize. Eine erfolgreiche Adaption kann die Lebensqualität aller Akteure fördern und Wachstum sowie Entwicklung wird gewährleistet.

6 Fazit

Depressionen sind ein gesellschaftliches Problem, welches alle Menschen betrifft. Die Auswirkungen auf unsere Gesellschaft durch erhöhte Sterblichkeit, geringere Ökonomie und verminderter Gesundheit sind gravierend. Erkrankte sind von Stigmatisierung,

Diskriminierung und Ausgrenzung betroffen. Dabei ist diese Personengruppe im ambulanten Sektor und Krankenhäusern unterversorgt. Es fehlen der pflegerische Einbezug und effektive therapeutische Beziehungen.

Einbezogene Akteure der Arbeit sind Pflegende, Patienten mit der Nebendiagnose Depression und das akutstationäre Setting. Ziel dieser Arbeit sollte die Identifikation von störenden Faktoren auf die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten sein. Weiterhin sollte aufgezeigt werden, dass eine empathische Grundhaltung und erfolgreiche Beziehungsgestaltung die Krankheitsfolgen minimieren können.

Durch eine Literaturrecherche in den Datenbanken von Cinahl, Cochrane, Medline und Pubmed konnten insgesamt 44 Artikel für die Bearbeitung einbezogen werden. Der Autor bewertet seine eigene Auswertung der Studien als kritisch. Die hohe Anzahl an Artikeln erwies sich als arbeitsintensiv. Zudem ist ein Interessenskonflikt nicht auszuschließen. Dem ist hinzuzufügen, dass die Literaturlage zu diesem Thema nicht ausreichend ist. Daher benötigt es für aussagekräftigere Arbeiten weitere Forschung. Weiterhin konnten nicht alle Artikel die Spezifizierung des akutstationären Settings treffen. Der Einbezug von rein psychiatrischer Fachliteratur wurde vermieden.

Es wurde herausgefunden, dass die duale Finanzierung in Deutschland ein herausfordernder Faktor für die Beziehungsgestaltung ist. Dies führt zu einer erhöhten Arbeitsbelastung, Einsparung von Personal. Rückführend wirkt sich besagtes negativ auf die Versorgung von kranken Menschen aus.

Die alternde Gesellschaft und der demografische Wandel stellen weiterhin Herausforderungen an die Pflege. Es müssen vermehrt chronische Erkrankungen bei gleichzeitig kürzerer Liegedauer behandelt werden. Der Stellenwert der Diagnose Depression wurde im Ergebnisteil dieser Arbeit thematisiert. Dabei konnte ein komorbider Zusammenhang hergestellt werden.

Die Versorgung von Patienten ist in Krankenhäusern angst- und schambehaftet. Sie benötigen Zeit, Empathie und Zuneigung, um in der Bewältigung ihrer Krankheit gestärkt zu werden.

Das Adaptionsmodell konnte den Zusammenhang zwischen den drei Akteuren herstellen. Es zeigt die gegenseitige Wechselbeziehung auf und gibt Aufschluss über weitere Handlungsempfehlungen.

Der Autor sieht die Fragestellung als hinreichend beantwortet an. Ein Einbezug des Modells der *zwischenmenschlichen Beziehungen in der Pflege* nach Peplau hätte zur genaueren

Beschreibung des Beziehungsprozesses sinnvoll sein können. Zusätzlich sieht der Autor das *Gezeiten-Modell* nach Barker als Grundlage für den Umgang mit psychisch kranken Menschen.

7 Ausblick

In dieser Arbeit wurden die Komorbidität zwischen Depressionen und anderen Erkrankungen aufgezeigt. Sie geht mit einer erhöhten Mortalität, verringerter Gesundheit und Leistungsfähigkeit einher. Die *Nebendiagnose Depression* muss in den Fokus der somatischen Versorgung gerückt werden. Hierfür benötigen Pflegende mehr Wissen im Umgang mit dieser Patientengruppe.

Weiterhin müssen organisatorische und strukturelle Anpassungen erfolgen, um bessere Bedingungen für eine Beziehungsgestaltung zu schaffen. Die Managementebene und die Politik müssen Pflegende dabei aktiv unterstützen.

Der Stellenwert der ganzheitlichen Pflege wurde hervorgehoben. Dabei ist die Kommunikationsfähigkeit eine der Kernkompetenzen von Pflegenden. Sie können durch eine therapeutische Beziehung die Adhärenz und Liegedauer von Patienten verringern. Eine wirtschaftliche Versorgung kann nur durch eine ausreichende Patientenzufriedenheit gewährleistet werden.

Im Hinblick auf die gesellschaftliche Entwicklung müssen Pflegende ihre therapeutische Rolle akzeptieren und wahrnehmen. Dies geschieht nur durch eine Anpassung ihres eigenen Verhaltens. Stigmatisierende Verhaltensweisen und die eigene soziale Prägung müssen zur Entwicklung einer professionellen Rolle kritisch hinterfragt werden.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Fifth Edition. DSM-5. Washington: American Psychiatric Publication.

Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., et. Al. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 10. Art. No: CD006525, 1-276.

Balmberger, T. & Hohls, J. (2014). Grundsätze der Krankenhausfinanzierung. Bremen: BAB Institut für betriebswirtschaftliche und arbeitsorientierte Beratung GmbH.

Barley, E., Murray, J., Walters, P. & Tylee, A. (2011). Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Family Practice*, 12:47, 1-10.

Bartels, S. J., Pratt, S. I., Mueser, K. T., Naslund, J. A., Wolfe, R. S., Santos, M., et. Al. (2014). Integrated IMR for Psychiatric and General Medical Illness for Adults Aged 50 or Older With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, Vol. 65 No. 3, 330-337.

Baum, K. B. & Wittchen, H. U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (Hrsg.). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Akt. Aufl., S. 879-914). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Behrens, J. & Langer, G. (2004). Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. Qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen. Bern: Hans-Huber.

Breyer, B., Shindel, A., Erickson, B., Blaschko, S., Steers, W. & Rosen, R. (2013). The Association of Depression, Anxiety and Nocturia: A Systematic Review. *Journal of Urology*, 190(3), 953-957.

- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U.** (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739.
- Cassier-Woidasky, A. K.** (2007). Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y. & Qing-Xiu, L.** (2009). Chronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature. *Ageing Research Reviews*, Volume 9, Issue 2, 131-141.
- Chauvet-Gélinier, J. C., Trojak, B., Vergès-Patois, B., Cottin, Y., Bonin, B.** (2013). Review on depression and coronary heart disease. *Archives of Cardiovascular Disease*, 106, 103-110.
- Danielsson, L. & Rosberg, S.** (2015). Opening toward life: Experiences of basic body awareness therapy in persons with major depression. *Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10:1, 1-13.
- Danielsson, L., Kihlbom, B. & Rosberg, S.** (2016). "Crawling Out of the Cocoon": Patients' Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression. *Physical Therapy*, Volume 96, Number 8, 1241-1250.
- Deutscher Ethikrat** (Hrsg.) (2016). Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Di Benedetto, M., Lindner, H., Aucote, H., Churcher, J., McKenzie, S., Croning, N., et. Al.** (2014). Co-Morbid depression and chronic illness related to coping and physical and mental health status. *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 19, No. 3, 253-262.

- Doering, L. V., Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Davidson, P., Baker, H., et. Al.** (2010). Persistent Comorbid Symptoms of Depression and Anxiety Predict Mortality in Heart Disease. *International Journal of Cardiology*, 145(2), 1-15.
- Dogu, O. & Aydemir, Y.** (2018). Anxiety and Depression as Emotional Problems in Patients with Chronic Heart, Kidney und Respiratory Disorders. *International Journal of Caring Sciences*, Volume 11, Issue 11, 543-549.
- Doherty, M. & Thompson, H.** (2014). Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship. *British Journal of Community Nursing*, Vol. 19, No. 10, 502-507.
- Fan, H., Yu, W., Zhang, Q., Cao, H., Li, J., Wang, J., et. Al.** (2014). Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: A meta-analysis. *Preventive Medicine*, 63, 36-42.
- Forschuk, C., Martin, M. L., Chan, Y. L., & Jensen, E.** (2005). Therapeutic relationship: from psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 556-564.
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M. & Fukui, N.** (2008). A Randomized Study Assessing the Efficacy of Communication Skill Training on Patients' Psychologic Distress and Coping. Nurses' Communication With Patients Just After Being Diagnosed With Cancer. *Amercian Cancer Society*, Volume 113, Issue 6, 1462-1470.
- Gerste, B. & Roick, C.** (2014). Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland. In Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B. P. & Schmacke, N. (Hrsg.). *Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression (S.21-54)*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Glombiewski, J. A., Hartwich-Tersek, J. & Rief, W.** (2010). Depression in Chronic Back Pain Patients: Prediction of Pain Intensity and Pain Disability. *Cognitive-Behavioral Treatment. Psychosomatics*, 51:2, 130-136.

- Hawamdeh, S. & Fakhry, R.** (2013). Therapeutic Relationships From the Psychiatric Nurses' Perspective: An Interpretative Phenomenological Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50, 178-185.
- Hax-Schoppenhorst, T. & Jünger, S.** (Hrsg.) (2016). Das Depressions-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Menschen mit Depressionen gekonnt pflegen und behandeln. Bern: Hogrefe.
- Hayden, T., Perantie, D. C., Nix, B. D., Barnes, L. D., Mostello, D. J., Holcomb, W. L., et. Al.** (2012). Treating Prepartum Depression to Improve Infant Developmental Outcomes: A Study of Diabetes in Pregnancy. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(3), 285-292.
- Hext, G., Clark, L. L. & Xyrichis, A.** (2018). Reducing restrictive practice in adult services: not only an issue for mental health professionals. *British Journal of Nursing*, Vol. 27, No. 9, 479-485.
- Hornsten, C., Lövheim, H. & Gustafson, Y.** (2013). The Association Between Stroke, Depression, and 5-Year Mortality Among Very Old People. *Stroke*, 44(9), 1-3.
- Jones, B. A. & Griffiths, K. M.** (2014). Self-objectification and depression: An integrative systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 22-32.
- Jurg, C.** (2016). Depression und Gesellschaft. In: Hax-Schoppenhorst, T. & Jünger, S. (Hrsg.). Das Depressions-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Menschen mit Depressionen gekonnt pflegen und behandeln. S. 30-35. Bern: Hogrefe.
- Katon, W., Lin, E. & Kroenke, K.** (2006). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29, 147-155.

- Kim, W., Shin, D. & Song, W.** (2015). Depression and Its Comorbid Conditions More Serious in Women than in Men in the United States. *Journal of Women's Health*, Volume 24, Number 12, 978-985.
- Kistner, W.** (2002). Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege (2. Akt. Aufl.). München Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B. P. & Schmacke, N.** (Hrsg.) (2014). Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B. P. & Schmacke, N.** (Hrsg.) (2014). Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Kubota, Y., Okuyama, T., Uchida, M., Umezawa, S., Nakaguchi, T., Sugano, K., et. Al.** (2016). Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 25, 712-718.
- Lacey, C., Salzberg, M. & D'Souza, W.** (2015). Risk factors for depression in community-treated epilepsy: Systematic review. *Epilepsy & Behavior*, 43, 1-7.
- Le Grande, M. R., Elliott, P. C., Worcester, M. U. C., Murphy, B. M., Goble, A. J., Kugathasan, V., et. Al.** (2012). Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 17, No. 6, 709-722.
- Liebetrau, M., Steen, B. & Skoog, I.** (2008). Depression as a Risk Factor for the Incidence of First-Ever Stroke in 85-Year-Olds. *Stroke*, 39, 1960-1965.
- Löhr, M. & Schulz, M.** (2016). Zur Bedeutung der professionellen Pflege bei Depressionen. In: Hax-Schoppenhorst, T. & Jünger, S. (Hrsg.). Das Depressions-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Menschen mit Depressionen gekonnt pflegen und behandeln. S. 211-219. Bern: Hogrefe.

Lustman, P. & Clouse, R. (2005). Depression in diabetic patients. The relationship between mood and glycemetic control. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 19, 113-122.

Matolycz, E. (2013). Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen. Wien: Springer Medizin.

Matolycz, E. (2016). Kommunikation und Interaktion mit von Depression betroffenen Älteren. In: Hax-Schoppenhorst, T. & Jünger, S. (Hrsg.). Das Depressions-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Menschen mit Depressionen gekonnt pflegen und behandeln. S. 262-268. Bern: Hogrefe

Matte, D., Pizzichini, M., Hoepers, A., Diaz, A., Karloh, M., Dias, M., et. Al. (2016). Prevalence of depression in COPD: A systematic review and meta-analysis of controlled studies. *Respiratory Medicine*, 117, 154-161.

Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Anselmino, M., Carney, R. M., Denollet, J., et. Al. (2013). Adjusted prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: individual patient data meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 90-102.

Melville, J., Delaney, K., Newton, K. & Katon, W. (2005). Incontinence Severity and Major Depression in Incontinent Women. *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 106, No. 3, 585-592.

Müters, S., Hoebel, J. & Lange, C. (2013). Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. *GBE kompakt*, 4(2), 1-10.

Panfil, E. (2005). Evidence-based Nursing: Definition, Methoden, Umsetzung. *Pflegewissenschaft*, 09/05, 457-463.

Park, S. C., Lee, H. Y., Lee, D. W., Hahn, S. W., Park, S. H., Kim, Y. J., et. Al. (2015). Knowledge and Attitude of 851 Nursing Personnel toward Depression in General Hospitals of Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 30, 953-959.

- Perraud, S., Delaney, K., Carlson-Sabelli, L., Johnson, M., Shephard, R. & Paun, O.** (2006). Advanced Practice Psychiatric Mental Health Nursing, Finding Our Core: The Therapeutic Relationship in 21st Century. *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 42, No. 4, 215-226.
- Pinto-Foltz, M. & Logsdon, M. C.** (2009). Stigma towards Mental Illness: A Concept Analysis Using Postpartum Depression as an Exemplar. *Issues in Mental Health Nursing*, 29:1, 21-36.
- Reavley, N. J. & Jorm, A. F.** (2011). Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 1086-1093.
- Rief, W.** (Hrsg.) (2017). Handbuch der Differenzialdiagnosen - DSM-5©. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Robert Koch-Institut** (Hrsg.) (2010). Heft 51. Depressive Erkrankungen Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut** (Hrsg.) (2015). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam Getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut** (Hrsg.). (2015). Welche Auswirkung hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. (S. 435-455) Berlin: Robert Koch-Institut.
- Roy, C. & Andrews, H.** (2008) Das Adaptionmodell. In Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H. & Meleis, A. (Hrsg.). *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA* (2. Akt. Aufl., S. 227-249). Bern: Huber.
- Roy, T. & Lloyd, C.** (2012). Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142S1, 8-21.

Sagna, A., Gallo, J. & Pontone G. (2014). Systematic Review of Factors Associated with Depression and Anxiety Disorders among Older Adults with Parkinson's Disease. *Parkinsonism & Related Disorders_Journal*, 20(7), 708-715.

Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.) (2015). Lehrbuch Psychiatrische Pflege (3. Akt. Aufl.). Bern: Huber.

Sauter, D. (2015). Grundlagen der Psychiatrie. In dies., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.). Lehrbuch. Psychiatrische Pflege (3. Akt. Aufl., S. 82-108). Bern: Huber.

Schaeffer, D. (2011). Professionalisierung der Pflege – Verheißungen und Realität. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft5-6, 30-37.

Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H. & Meleis, A. (Hrsg.) (2008). Pflegetheorien. Beispiele aus den USA (2. Akt. Aufl.). Bern: Huber.

Schmidbauer, W. (2017). Raubbau an der Seele. Pößneck: GGP Media GmbH.

Sharry, J., Bishop, F., Moss-Morris, R. & Kendrick, T. (2013). 'The chicken and egg thing': Cognitive representations and self-management of multimorbidity in people with diabetes and depression. *Psychology & Health*, Vol. 28, No. 1, 103-119.

Simon, M. (2017). Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise (6. Akt. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Stickley, T. & Freshwater, D. (2006). The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental Health Practice*, Vol. 9, No. 5, 12-18.

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (Hrsg.) (2016). Suizidprävention: Eine globale Herausforderung. Leipzig: Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

Stoffman, M., Roberts, M. & King, T. (2005). Cervical Spondylotic Myelopathy, Depression and Anxiety: A Cohort Analysis of 89 Patients. *Neurosurgery*, Vol. 57, No. 2, 307-313.

Storm, A. (Hrsg.) (2018). Gesundheitsreport 2018. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

Thom, J., Kuhnert, R., Born, S. & Hapke, U. (2017). 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(3), 72-80.

Vaccaro, R., Borrelli, P., Abbondanza, S., Davin, A., Polito, L., Colombo, M., et. Al. (2017). Subthreshold Depression and Clinically Significant Depression in an Italian Population of 70-74-Year-Olds: Prevalence and Association with Perceptions of Self. *BioMed Research International*, Volume 2017, 1-8.

Van der Kluit, M. J. & Gossens, P. J. J. (2015). Factors Influencing Attitudes of Nurses in General Health Care Toward Patients with Comorbid Mental Illness: An Integrative Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 519-527.

Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Akt. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Wolff, S. (2015). Pflegebeziehung und Interaktion. In Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & ders. (Hrsg.) (2015). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (3. Akt. Aufl., S. 309-346). Bern: Huber.

Zolnierek, C. (2009). Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1570-1583.

Zolnierek, K. B. & DiMatteo M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834.

Rechtsquellen

Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist.

Internetquellen

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (Hrsg.) (2017). Krankenhaus statt Fabrik. Bedarfsgerecht. Gemeinwohlorientiert. Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser (2. Akt. Aufl.).

Zugriff am 01.06.2018 Download unter: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/index.php?get=download&filename=BRwTBQoFUFcde0IMSIABEQQBATQtGFBdWVxeC1hGGjsSBwUfEjV3UIBLWQgXQw0C>

DIMDI (Hrsg.) (2015). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.

Zugriff am 01.06.2018 Download unter: https://www.micado-online.de/Portals/0/Dateien/Downloads/Dokumente/PUBLIK/ICD_2016.pdf

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, et. Al. (Hrsg.) (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Langfassung (2. Akt. Aufl.).

Zugriff am 01.06.2018 Download unter: <https://www.leitlinien.de/nvl/html/depression/kapitel-1>

WHO (1998). Gesundheit 21. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung.

Zugriff am 01.06.2018 Download unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf

Hurrelmann, K. & Franzkowiak, P. (2015). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

Zugriff am 01.06.2018 Download unter: doi: 10.17623/BZGA:224-i023-1.0

IFPMA (2012). Weltweite Prävalenz ausgewählter psychischer und neurologischer Erkrankungen im Jahr 2011 (in Millionen).

Zugriff am 01.06.2018 Download unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/257413/umfrage/weltweite-praevalenz-ausgewaehlter-psychischer-und-neurologischer-erkrankungen/>.

Isfort, M., Weidner, F. & Gehlen, D. (2012). Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf

Intensivstationen im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V..

Zugriff am 01.06.2018 Download unter:
https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf

WHO (2010). Mental Health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group.

Zugriff am 01.06.2018 Download unter:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44257/9789241563949_eng.pdf;jsessionid=13C7C1D74E7A08F8E2090D824A169327?sequence=1

WHO (2013). Investing In Mental Health: Evidence For Action.

Zugriff am 01.06.2018 Download unter:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1

WHO (2016). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.

Zugriff am 01.06.2018 Download unter:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1>

WHO (2017a). Depression and other common mental disorders. Global health estimates.

Zugriff am 01.06.2018 Download unter:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

WHO (2017b). Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives.

Zugriff am 01.06.2018 Download unter:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259575/WHO-MSD-MER-17.7-eng.pdf?sequence=1>

Anhang

Nummer	Titel	Autor	Evidenzebene
1	Collaborative care for depression and anxiety problems (Review)	Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., et. Al.	Ia
2	Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators	Barley, E., Murray, J., Walters, P. & Tylee, A.	Ib
3	Integrated IMR for Psychiatric and General Medical Illness for Adults Aged 50 or Older With Serious Mental Illness	Bartels, S. J., Pratt, S. I., Mueser, K. T., Naslund, J. A., Wolfe, R. S., Santos, M., et. Al.	Ila
4	The Association of Depression, Anxiety and Nocturia: A Systematic Review	Breyer, B., Shindel, A., Erickson, B., Blaschko, S., Steers, W. & Rosen, R.	III
5	Chronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature	Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y. & Qing-Xiu, L.	IIb
6	Review on depression and coronary heart disease	Chauvet-Gélinier, J. C., Trojak, B., Vergès-Patois, B., Cottin, Y., Bonin, B.	Ila
7	Opening toward life: Experiences of basic body awareness therapy in persons with major depression	Danielsson, L. & Rosberg, S.	Ib
8	“Crawling Out of the Cocoon”: Patients’ Experiences of a Physical	Danielsson, L., Kihlbom, B. & Rosberg, S.	III

	Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression		
9	Co-Morbid depression and chronic illness related to coping and physical and mental health status	Di Benedetto, M., Lindner, H., Aucote, H., Churcher, J., McKenzie, S., Croning, N., et. Al.	III
10	Persistent Comorbid Symptoms of Depression and Anxiety Predict Mortality in Heart Disease	Doering, L. V., Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Davidson, P., Baker, H., et. Al.	Ila
11	Anxiety and Depression as Emotional Problems in Patients with Chronic Heart, Kidney und Respiratory Disorders	Dogu, O. & Aydemir, Y.	IIb
12	Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship	Doherty, M. & Thompson, H.	III
13	Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: A meta-analysis	Fan, H., Yu, W., Zhang, Q., Cao, H., Li, J., Wang, J., et. Al.	Ia
14	Therapeutic relationship: from psychiatric hospital to community	Forschuk, C., Martin, M. L., Chan, Y. L., & Jensen, E.	III
15	A Randomized Study Assessing the Efficacy of Communication Skill Training on Patients' Psychologic Distress and Coping. Nurses' Communication With Patients Just After Being Diagnosed With Cancer	Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M. & Fukui, N.	Ib
16	Depression in Chronic Back Pain Patients: Prediction of Pain Intensity	Glombiewski, J. A., Hartwich-Tersek, J. & Rief, W.	IIb

	and Pain Disability. Cognitive-Behavioral Treatment		
17	Therapeutic Relationships From the Psychiatric Nurses' Perspective: An Interpretative Phenomenological Study	Hawamdeh, S. & Fakhry, R.	III
18	Treating Prepartum Depression to Improve Infant Developmental Outcomes: A Study of Diabetes in Pregnancy	Hayden, T., Perantie, D. C., Nix, B. D., Barnes, L. D., Mostello, D. J., Holcomb, W. L., et. Al.	IIb
19	Reducing restrictive practice in adult services: not only an issue for mental health professionals	Hext, G., Clark, L. L. & Xyrichis, A.	III
20	The Association Between Stroke, Depression, and 5-Year Mortality Among Very Old People	Hornsten, C., Lövheim, H. & Gustafson, Y.	IIb
21	Self-objectification and depression: An integrative systematic review	Jones, B. A. & Griffiths, K. M.	IIa
22	The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness	Katon, W., Lin, E. & Kroenke, K.	IIb
23	Depression and Its Comorbid Conditions More Serious in Women than in Men in the United States	Kim, W., Shin, D. & Song, W.	III
24	Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial	Kubota, Y., Okuyama, T., Uchida, M., Umezawa, S., Nakaguchi, T., Sugano, K., et. Al.	Ib
25	Risk factors for depression in community-treated epilepsy: Systematic review	Lacey, C., Salzberg, M. & D'Souza, W.	Ib

26	Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients.	Le Grande, M. R., Elliott, P. C., Worcester, M. U. C., Murphy, B. M., Goble, A. J., Kugathasan, V., et. Al.	IIb
27	Depression as a Risk Factor for the Incidence of First-Ever Stroke in 85-Year-Olds	Liebetrau, M., Steen, B. & Skoog, I.	III
28	Depression in diabetic patients. The relationship between mood and glycemic control	Lustman, P. & Clouse, R.	IIb
29	Prevalence of depression in COPD: A systematic review and meta-analysis of controlled studies	Matte, D., Pizzichini, M., Hoepers, A., Diaz, A., Karloh, M., Dias, M., et. Al.	Ila
30	Adjusted prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: individual patient data meta-analysis	Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Anselmino, M., Carney, R. M., Denollet, J., et. Al.	Ia
31	Incontinence Severity and Major Depression in Incontinent Women	Melville, J., Delaney, K., Newton, K. & Katon, W.	Ila
32	Knowledge and Attitude of 851 Nursing Personnel toward Depression in General Hospitals of Korea	Park, S. C., Lee, H. Y., Lee, D. W., Hahn, S. W., Park, S. H., Kim, Y. J., et. Al.	Ila
33	Advanced Practice Psychiatric Mental Health Nursing, Finding Our Core: The Therapeutic Relationship in 21st Century	Perraud, S., Delaney, K., Carlson-Sabelli, L., Johnson, M.,	III

		Shephard, R. & Paun, O.	
34	Stigma towards Mental Illness: A Concept Analysis Using Postpartum Depression as an Exemplar	Pinto-Foltz, M. & Logsdon, M. C.	IIb
35	Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma	Reavley, N. J. & Jorm, A. F.	III
36	Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review	Roy, T. & Lloyd, C.	IIa
37	Systematic Review of Factors Associated with Depression and Anxiety Disorders among Older Adults with Parkinson's Disease	Sagna, A., Gallo, J. & Pontone G.	IIa
38	'The chicken and egg thing': Cognitive representations and self-management of multimorbidity in people with diabetes and depression	Sharry, J., Bishop, F., Moss-Morris, R. & Kendrick, T.	III
39	The art of listening in the therapeutic relationship. Mental Health Practice	Stickley, T. & Freshwater, D.	III
40	Cervical Spondylotic Myelopathy, Depression and Anxiety: A Cohort Analysis of 89 Patients	Stoffman, M., Roberts, M. & King, T.	III
41	Subthreshold Depression and Clinically Significant Depression in an Italian Population of 70-74-Year-Olds: Prevalence and Association with Perceptions of Self	Vaccaro, R., Borrelli, P., Abbondanza, S., Davin, A., Polito, L., Colombo, M., et. Al.	IIb
42	Factors Influencing Attitudes of Nurses in General Health Care Toward	Van der Kluit, M. J. & Gossens, P. J. J.	IIb

	Patients with Comorbid Mental Illness: An Integrative Literature Review		
43	Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review	Zolnierek, C.	IIb
44	Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis	Zolnierek, K. B. & DiMatteo M. R.	Ia

Erklärung zur selbstständigen Abfassung der Bachelorarbeit:

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Urheberrechtliche Einwilligungserklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Arbeit zum Zwecke des Plagiatsschutzes bei der Fa. Ephorus BV bis zu 5 Jahre in einer Datenbank für die Hochschule Osnabrück archiviert werden kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift