

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG
MEDIZINISCHE FAKULTÄT
INSTITUT FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFT
DIREKTOR: PROF. DR. JOHANN BEHRENS

Modul 21: Master-Thesis

Master of Science

Sommersemester 2012

Erstgutachter: Herr Dr. Steffen Fleischer

Zweitgutachter: Herr Jun.-Prof. Dr. Gero Langer

Ermittlung von Angst und Traurigkeit in der Akutklinik

Klinische Testung zweier neu entwickelter
Items zur Erfassung von Angst/ Furcht und
Kummer/ Traurigkeit für das Instrument
ePA-AC der Methode ergebnisorientiertes
Pflegeassessment

Anja Schmidt
Dachsbergstraße 2
65201 Wiesbaden-Schierstein
E-Mail: anja.schmidt4@student.uni-halle.de
Matrikel-Nr.: 208102081

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Die vorliegende Untersuchung setzt sich mit der Möglichkeit der Erfassung der Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit als pflegerelevante Phänomene bei Patienten im akutklinischen Bereich auseinander. Im Fokus der Untersuchung stehen dabei die beiden für das als Basisassessment konzipierte ergebnisorientierte PflegeAssessment-AcuteCare (ePA-AC) neu entwickelten Items zu Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit (vgl. Schmidt, 2011). Die beiden Items werden als Selbstauskunft durch den Patienten mittels Visueller Analogskala (0-10) und der Frage „Wenn Sie an Ihre derzeitige Situation denken. Inwieweit bereitet sie Ihnen Angst?“ bzw. „[...] Inwieweit bereitet sie Ihnen Traurigkeit?“ und als Fremdbeurteilung durch die Pflegefachkräfte erhoben. Selbstauskunft und Fremdbeurteilung sollen anhand entsprechender Gütekriterien beurteilt werden.

Methode: Die Testvalidierung beinhaltete u. a. die Reproduzierbarkeit (Beobachterprävalenz, Krippendorffs α) der Fremdbeurteilungen, die Übereinstimmung der Selbstauskunft mit dem Referenzstandard (Bland-Altman-Analyse mit ± 1 SD) sowie als Schwerpunkt der Analyse die Kriteriumsvalidität (Sensitivität, Spezifität, AUC-Wert) der Selbst- und Fremdbeurteilungen beider Items. Als Referenzstandard wurde die Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) gewählt. Die Erhebung mittels Fragebögen und zweifacher Fremdeinschätzung durch Pflegekräfte umfasste Patienten der rheumatologischen und gefäßchirurgischen Abteilung einer Akutklinik sowie deren Pflegefachkräfte.

Ergebnisse: Die Reproduzierbarkeit der Fremdbeurteilungen von Angst bzw. Traurigkeit ist mit einer Beobachterprävalenz von 23% bzw. 31% und Krippendorffs α von 0,1 (\pm CI_{95%} 0,1; 0,4) bzw. 0,3 (\pm CI_{95%} 0,1; 0,5) nicht gegeben. Die Bland-Altman-Analyse ist auf Grund etlicher Einschränkungen nur unter Vorbehalt aussagekräftig und spricht mit 1 SD= 0,9 SD_{Differenz} bzw. 1,1 SD_{Differenz} für einen starken Unterschied der Messmethode Selbstauskunft von Angst bzw. Traurigkeit im Vergleich zur HADS-D. Die ROC-Analyse ergab für die VAS Selbstauskunft Angst bzw. Traurigkeit einen Cut-Off-Wert von 3/4. Die Sensitivität lag im Vergleich zur HADS-D bei 87% (\pm CI_{95%} 71%; 96%) bzw. 66% (\pm CI_{95%} 46%; 82%), die Spezifität lag bei 67% (\pm CI_{95%} 54%; 78%) bzw. 79% (\pm CI_{95%} 68%; 88%), der AUC-Wert lag bei 80% (\pm CI_{95%} 71%; 89%) bzw. 74% (\pm CI_{95%} 62%; 86%) für die Selbstauskunft Angst bzw. Traurigkeit. Die Fremdbeurteilungen Angst bzw. Traurigkeit erreichten wesentlich geringere Werte (Sens. \approx 40%, Spez. \approx 80%, AUC \approx 60%).

Schlussfolgerungen: Die Methode der Selbstauskunft zeigt gute psychometrische Eigenschaften hinsichtlich der Kriteriumsvalidität gegenüber der HADS-D, auch wenn die Messung von Traurigkeit nicht unbedingt der Messung klinisch relevanter Ausprägungen von Depression entspricht. Für die Methode der Fremdeinschätzung gibt es in der praktischen Situation etliche Fehlerquellen, die die Beurteilung beeinflussen können. Sie soll aber neben der Selbsteinschätzung als zusätzliches Kriterium beibehalten werden. Bevor die beiden Items Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit im ePA-AC Anwendung finden können, müssen zunächst strukturelle und kommunikative Grundvoraussetzungen geschaffen werden, um der Erfassung der Emotionen von Patienten auch pflegerische Handlungen folgen lassen zu können. Grundsätzlich eignen sie sich aber, um innerhalb eines pflegerischen Basisassessments auf bestehende emotionale Probleme der Patienten hinzuweisen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Rahmen	3
2.1	Das ergebnisorientierte PflegeAssessment	3
2.2	Die Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit in der Akutklinik	4
2.2.1	Der Begriff der Emotion	4
2.2.2	Die Begriffe Angst und Furcht	5
2.2.3	Die Begriffe Kummer und Traurigkeit	6
2.2.4	Abgrenzung des Begriffes Depression	7
2.2.5	Handlungsrelevanz für die Pflege	8
2.2.6	Messung von Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit	13
2.2.7	1-Item-Instrumente als Umsetzungsvorschlag für ePA-AC	17
3	Ziel der Untersuchung und Fragestellung	19
4	Methode und Material	21
4.1	Studiendesign	21
4.1.1	Inhaltsvalidität und Pretest	21
4.1.2	Reproduzierbarkeit	22
4.1.3	Reliabilität, Konstruktvalidität und Kriteriumsvalidität	22
4.1.4	Praktische Relevanz	23
4.1.5	HADS-D als Referenzstandard	23
4.2	Statistische Methoden	24
4.2.1	Statistische Berechnungen	24
4.2.2	Inhaltsvalidität	24
4.2.3	Reproduzierbarkeit	24
4.2.4	Bland-Altman-Analyse	24
4.2.5	Konstruktvalidität	25
4.2.6	Kriteriumsvalidität	25
4.2.7	Praktische Relevanz	26
4.3	Studienpopulation	26
4.4	Ethische Betrachtung	27
5	Ergebnisse	28
5.1	Inhaltsvalidität	28
5.2	Kognitiver Pretest	28
5.3	Strukturelle und inhaltliche Beschreibung der klinischen Anwendung	29
5.3.1	Beschreibung der Rahmenbedingungen	29
5.3.2	Beschreibung des Vorgangs der Befragung	29

5.3.3	Beschreibung der Fremdbeurteilungen	30
5.4	Stichprobe	31
5.4.1	Rücklauf der Fragebögen	31
5.4.2	Soziodemografische Daten	32
5.4.3	Prävalenz von Angst und Traurigkeit nach HADS-D, Selbstauskunft und Fremdeinschätzung	34
5.5	Reproduzierbarkeit der Fremdeinschätzungen	36
5.6	Bland-Altman-Plot	37
5.7	Konstruktvalidität	40
5.8	Kriteriumsvalidität	42
5.9	Gesprächsdauer und Interventionsangebote	45
6	Diskussion	46
6.1	Beantwortung der Fragestellungen, Interpretation der Ergebnisse	46
6.1.1	Reproduzierbarkeit der Fremdeinschätzungen	46
6.1.2	Bland-Altman-Analyse	46
6.1.3	Konstruktvalidität	49
6.1.4	Kriteriumsvalidität	52
6.1.5	Gesprächsdauer und Interventionsangebote	54
6.2	Studiendesign und -methodik	55
6.2.1	Formulierung der Fragestellungen zur Selbstauskunft	55
6.2.2	Rahmenbedingungen	56
6.2.3	Auswahl der Patienten	57
6.2.4	Patientenbefragung und Fremdbeurteilung	57
6.2.5	Die HADS-D als Referenzstandard	58
7	Fazit und Ausblick	59
	Literaturverzeichnis	62
	Anhang	70
	Eidesstattliche Erklärung	71

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Die 10 Kategorien des ePA-AC 2.0 (vgl. Hunstein, 2009, S. 60f)	4
Abbildung 2: 1:1-Übereinstimmungen der drei unabhängigen Beurteilungen	12
Abbildung 3: Flow-Chart	31
Abbildung 4: Bland-Altman-Plot VAS Angst und HADS-D Angst (z-transformierte Werte)	38
Abbildung 5: Bland-Altman-Plot der VAS Traurigkeit und HADS-D Depression (z-transformierte Werte)	39
Tabelle 1: Soziodemographische und psychosoziale Daten der Patienten	32
Tabelle 2: Vierfelder-Tafel HADS-D; Unterscheidung unauffällige von auffälligen Patienten (Cut-Off der Subskalen 7/8)	34
Tabelle 3: Vierfelder-Tafel HADS-D; Unterscheidung unauffällige von auffälligen Patienten (Cut-Off der Subskalen 10/11)	34
Tabelle 4: Vierfelder-Tafel der ePA-Items Selbstauskunft; Unterscheidung auffällige (Gruppe S1 und S2) und unauffällige (Gruppe S3 und S4) Patienten	35
Tabelle 5: Vierfelder-Tafel der ePA-Items Fremdbeurteilung Rater 1	36
Tabelle 6: Vierfelder-Tafel der ePA-Items Fremdbeurteilung Rater 2	36
Tabelle 7: Interrater-Übereinstimmung der Fremdbeurteilungen der ePA-Items	36
Tabelle 8: Übereinstimmung der Kreuztabellen	41
Tabelle 9: Kreuztabellen der Bestimmung von Angst/ Furcht	42
Tabelle 10: Kreuztabellen der Bestimmung von Kummer/ Traurigkeit	42
Tabelle 11: Sensitivität, Spezifität und AUC-Wert für VAS Angst bzw. Traurigkeit (HADS-D, Cut-Off 7/8)	43
Tabelle 12: Koordinaten der ROC-Kurve des ePA-Items Selbstauskunft Angst	43
Tabelle 13: Koordinaten der ROC-Kurve des ePA-Items Selbstauskunft Traurigkeit	44

1 Einleitung

Der psychosoziale und emotionale Teil eines Menschen hat schon immer eine wichtige Rolle im pflegerischen Alltag gespielt. Die Pflege betrachtet den Menschen nicht umsonst als ganzheitliches, in seinen biopsychosozialen Kontexten beeinflusstes Wesen (z. B. DIMDI, 2005). Unter vielen Pflege-theorien und -modellen unterstreicht die Theorie der Psychodynamischen Krankenpflege von Hildegard Peplau am stärksten den psychologischen Anteil in der Pflegefachkraft-Patienten¹-Beziehung (vgl. Carey, Noll, Rasmussen, Searcy & Stark, 1992, S. 310f). Doch auch in allen anderen Theorien setzt sich das pflegerische Verständnis mit allen Teilen des Patienten auseinander, nicht nur mit der somatischen Komponente (vgl. Marriner-Tomey, 1992). In Deutschland werden im heutigen praktischen Alltag einer Pflegefachkraft im Akutkrankenhaus diese auf Basis von Kommunikation erreichbaren Elemente des Patienten häufig vernachlässigt (vgl. Kesselring, 1999; Steininger, 2007, S. 63f). Demgegenüber besteht sogar die Meinung, dass Gespräche mit Patienten als pflegerische Zusatzleistung empfunden werden (vgl. Darmann, 2000). Dabei ist das Aushandeln pflegebezogener Entscheidungen überhaupt erst in der Kommunikation zwischen Patienten und Pflegefachkräften möglich (vgl. Darmann, 2000; Behrens & Langer, 2006, S. 36). Auch der Pflegeprozess kann nur auf Grundlage von Kommunikation funktionieren. Er beginnt mit dem sogenannten Pflege-Assessment, also der Sammlung von Informationen über den Patienten gemeinsam mit dem Patienten. Das durchgeführte Assessment kann dann beispielsweise schriftlich fixiert werden und damit eine Grundlage der Pflegedokumentation und den Nachweis der daraus abgeleiteten pflegerischen Interventionen bilden. Zur Durchführung von Assessments bedient man sich verschiedener Methoden wie der zielgerichteten Beobachtung, physiologischer Messungen, Befragungen des Patienten sowie strukturierter Erhebungen mittels dafür konzipierter Assessmentverfahren (vgl. Reuschenbach, 2011, S. 28). Dabei muss sich ein Assessmentverfahren an pflegerelevanten Phänomenen orientieren sowie bestimmte Güterkriterien, wie Objektivität, Reliabilität, Validität und Praktikabilität erfüllen, um der Pflegepraxis einen Nutzen zu bringen (vgl. Reuschenbach, 2011, S. 29f). Ein solches als mehrdimensionales, multiple-item konzipiertes Basisassessment stellt das ergebnisorientierte Pflegeassessment (entwickelt von Hunstein, Sippel & Dintelmann, 2005) mit seinen Instrumenten ePA-AC sowie ePA-Kids dar (vgl. Hunstein, 2009, S. 60f).

Die Autorinnen Helberg, Frei, Vincenzi, und Spirig (2010) analysierten für die Auswahl eines Modells zur Pflegedokumentation, inwieweit das Assessmentinstrument ePA-AC

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche oder neutrale Schreibweise verwendet. Hiermit wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Form für die entsprechenden Beiträge gemeint sind.

eine operationalisierte Abbildung des Patientenzustandes ermöglicht. Die Kritik an ePA-AC Version 1.1 bezog sich dabei insbesondere auf die Fokussierung körperlicher und kognitiver Patientenzustände und dem Fehlen einer Kategorie mit psychosozialen Phänomenen. Demnach würden dem ePA-AC 1.1 wichtige Dimensionen pflegerelevanter Patientenzustände fehlen (vgl. Helberg et al., 2010). Schon Marek (1997) benennt den psychosozialen Status als zweithäufig verwendeten Ergebnisindikator zur Messung der Effektivität der Pflege. Der psychosoziale Status beinhaltet die Ermittlung von Patientenverhalten wie Kommunikation und Beziehungsgestaltung sowie psychische Indikatoren wie Emotionen. Der Autor beschreibt aber auch, dass die physiologischen Parameter wesentlich leichter zu erfassen sind. Sie würden aber nicht ausreichend pflegespezifische Ergebnisse abbilden (vgl. Marek, 1997).

In der Folgeversion ePA-AC 2.0 hat das ergebnisorientierte PflegeAssessment bereits wichtige psychosoziale Aspekte, wie beispielsweise den Bereich der dementiellen Symptomatik, integriert (vgl. Hunstein, 2009, S. 60f). Der emotionale Bereich eines Patienten, sein inneres Befinden, bleibt aber noch immer außen vor.

Diese Arbeit soll zur Weiterentwicklung der Abbildung der psychosozialen Ebene des ePA-AC beitragen. Im Fokus stehen dabei die beiden auf theoretischer Grundlage neu entwickelten Items zu Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit, welche im Rahmen einer Praktikumsarbeit 2011 entstanden (vgl. Schmidt, 2011). Diese sollen hinsichtlich ihrer Güte (Objektivität, Reliabilität, Validität, praktische Relevanz) beurteilt werden.

2 Theoretischer Rahmen

2.1 Das ergebnisorientierte PflegeAssessment

Pflegeassessmentverfahren verfolgen das Ziel, pflegerelevante Patientenzustände valide und adäquat abzubilden, um dadurch nicht nur die Pflegeplanung zu unterstützen, sondern auch den Beitrag der Pflege zur Patientenversorgung sichtbar zu machen (vgl. Reuschenbach, 2011, S. 28ff). Eine Methode zur Strukturierung pflegerelevanter Phänomene und Grundlage für die pflegerische Diagnosestellung ist das ergebnisorientierte PflegeAssessment mit seinem Instrument ePA-AcuteCare (ePA-AC). Dieses vollstandardisierte Assessmentinstrument ist für die Erfassung von pflegerelevanten Patientenzuständen in der Akutversorgung bereits auf Praktikabilität, Reliabilität und Validität getestet und für geeignet befunden worden (vgl. Hunstein, 2009, S. 60ff).

Innerhalb des Pflegeprozesses kann dieses Basisassessmentverfahren nicht nur vor den Schritten der Pflegeplanung und Leistungserfassung stehen, sondern findet auch in der Evaluation des Pflegeerfolges Anwendung. Durch den Aufbau des ePA-AC können außerdem andere Erfassungssysteme angebunden werden. So wird es sich beispielsweise im Projekt LEPWAUU, einem Schweizer Kooperationsprojekt zur Abbildung des Pflegeprozesses in elektronischen Pflegedokumentationen, eingesetzt (vgl. LEPWAUU, 2009). Dabei wird das ePA-AC als Beginn und Ende des diagnostischen Prozesses gemeinsam mit den Pflegediagnosen des LEPWAUU-Modells und den LEP-Interventionen genutzt, um jeden Schritt im Pflegeprozess strukturiert erfassen zu können.

Das ePA-Konzept war zunächst auf die stationäre Versorgung im Akutkrankenhaus fokussiert, hat aber grundsätzlich den Anspruch, relevante Aspekte der Pflegebedürftigkeit für alle Patientengruppen zu erfassen (vgl. Sippel & Hunstein, 2003, S. 5). Ein Pflegeergebnis ist nach ePA-Definition ein erreichter Patientenzustand, welcher aus einem zielgeleiteten Pflegehandeln resultiert (vgl. Flegel & Hunstein, 2002, S. 34). Die Konzeption des Instrumentes beruht auf einer standardisierten Zustandserfassung zu mehreren Zeitpunkten (vgl. Sippel & Hunstein, 2003, S. 4). Die Patientenzustände im ePA-AC 2.0 werden in 10 Kategorien und 54 Items mit einer numerischen 4er-Skalierung erfasst, wobei sich die Items an pflegeauslösenden Zuständen orientieren (siehe Abbildung 1). Wird das jeweilige Item mit „4“ beurteilt, besteht eine vollständige Selbstpflegefähigkeit. Bei einer Beurteilung mit „1“ besteht eine vollständige Pflegeabhängigkeit.

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| • Bewegung | • Kommunikation und Interaktion |
| • Körperpflege und Kleiden | • Schlaf |
| • Ernährung | • Atmung |
| • Ausscheidung | • Schmerz |
| • Kognition/ Bewusstsein | • Dekubitus, Wunden |

Abbildung 1: Die 10 Kategorien des ePA-AC 2.0 (vgl. Hunstein, 2009, S. 60f)

Dabei beinhalten die 10 Kategorien jenen Ausschnitt aller denkbaren Phänomene, „die häufig vorkommen und die sich im Rahmen eines pflegerischen Screening-Verfahrens standardisiert erheben lassen.“ (Hunstein, 2009, S. 76). Durch die standardisierte Erfassung überwiegen funktionale Items. Andere, eher qualitative Phänomene, die nicht weniger wichtig für die Pflege sind, sich aber nur schwer mit einem oder maximal zwei vollstandardisierten Items valide erfassen lassen, bleiben bisher außen vor und müssen unabhängig vom ePA-AC erfasst werden (vgl. Hunstein, 2009, S. 76).

2.2 Die Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit in der Akutklinik

2.2.1 Der Begriff der Emotion

Die psychosoziale Forschung im Bereich der Gesundheit und des Sozialwesens beschäftigt sich neben biologischen, sozialen und kulturellen Themen auch mit den emotionalen Motiven des menschlichen Verhaltens (vgl. University of Central Lancashire, 2009). Die Wissensbasis dieses Forschungsfeldes erstreckt sich über soziale und psychologische Wissenschaften, politische Theorien und soziale Strategien sowie der Philosophie und Kulturwissenschaften. Sie verwendet dabei biografische, narrative sowie interpretative Methoden. Psychosoziale Forschung findet dabei vor allem in den Bereichen der Sozialarbeit, der Wohlfahrt sowie der Pflege Anwendung (vgl. University of Central Lancashire, 2009). Für den Begriff der Emotion gibt es je nach Fachgebiet, Perspektive oder Sprache vielerlei Definitionen und Erklärungsansätze (vgl. Cavada, Krüger & Schulz, 2003, S. 193f; Ciompi, 2001, S. 62f; Demmerling & Landweer, 2007, S. 1ff; Izard, 1999, S. 20f). „Emotion“ (meist als Oberbegriff verwendet, von unterschiedlicher Dauer und Bewusstseinsqualität) wird in unterschiedlichen Kontexten auch als „Gefühl“ (bewusstes, subjektives und zugleich relativ kurz dauerndes Phänomen mit bestimmten körperlich-vegetativen, mimisch-expressiven und neurophysiologischen Symptomen) oder „Stimmung“ (relativ langdauernde und oft weitgehend unbewusste psychophysische Befindlichkeiten) bezeichnet (vgl. Ciompi, 2001, S. 63; Vester, 1991, S. 19f). Der Begriff „Affekt“ wiederum beschreibt als Oberbegriff „globale psychophysische Zustände oder Befindlichkeiten von unterschiedlicher Dauer, Qualität und Bewusstseinsnähe“ (Ciompi, 2001, S. 63). Hierzu zählen auch alle durch Affekte ausgelösten mimischen,

psychomotorischen, hormonalen und neurophysiologischen Ausprägungen. Doch, auch wenn sich der Begriff der Emotion oder des Affekts je nach Disziplin und Standpunkt unterschiedlich entwickelt hat, haben die Definitionen viele Aspekte gemeinsam. So beschreiben alle Emotionsforscher die zentrale Bedeutung von Emotionen für die Motivation, für die soziale Kommunikation, für die Kognition und für das Handeln (vgl. Izard, 1999, S. 63). Dabei gibt es verschiedene Hauptannahmen, die hier am Beispiel der differentiellen Emotionstheorie (vgl. Izard, 1999, S. 63ff) und der Theorie der Affektlogik (vgl. Ciompi, 2001, S. 62ff) dargestellt werden:

1. Es gibt fundamentale Emotionen, die sich je nach Autor in gewissem Maße unterscheiden können (vgl. Izard, 1999; Plutchik, 1993), zu denen aber meist Interesse, Angst, Wut, Freude und Trauer gehören. Diese bilden das Hauptmotivationsystem des Menschen, welches Denken und Handeln beeinflusst.
2. Jede dieser Emotionen zeichnet sich durch ihre eigenen Eigenschaften aus.
3. Diese Emotionen führen zu unterschiedlichen inneren Erlebnissen, Verarbeitungen und Konsequenzen auf der Verhaltensebene.
4. Die Emotionen interagieren miteinander und beeinflussen sich gegenseitig.
5. Emotionsprozesse beeinflussen das innere Bestreben nach Gleichgewicht sowie kognitive und motorische Prozesse und umgekehrt (vgl. Ciompi, 2001, S. 64; Izard, 1999, S. 63ff). Dabei spielen sie für die nonverbale unterbewusste Kommunikation eine gesonderte Rolle.

„Erst die affektive Färbung von kognitiven Gestalten jeder Art, von einzelnen Sinnesreizen, Gegenständen, Personen oder Ideen bis zu ganzen Theorien und Ideologien, verleiht unserem Denken Richtung und Bedeutung, schafft Kohärenz und Kontinuität – kurzum: stiftet Sinn.“ (Ciompi, 2001, S. 66)

In Anlehnung an Ciompi (2001) sind also die Emotionen in erster Linie keine krankhaften, im medizinischen Sinne behandlungsbedürftigen Konstrukte, sondern eher grundlegend als Schutzmechanismus und „Sinnstifter“ für das menschliche Dasein zu verstehen.

2.2.2 Die Begriffe Angst und Furcht

Das Erleben von Furcht reicht von Besorgnis bis Entsetzen. Intensive Furcht wird sogar als die gefährlichste aller Emotionen betrachtet und kann tödlich sein (vgl. Izard, 1999, S. 397). Dabei erfährt der Betroffene Ungewissheit und Unsicherheit, spürt eine drohende Gefahr und einen hohen Grad an körperlicher und geistiger Spannung. Dem Gefühl Furcht respektive Angst wohnt eine Wegbewegung von etwas, d. h. eine Distanzierung und im Extremfall Flucht als fundamentale Funktion inne (vgl. Ciompi, 2001, S. 65).

Die Unterscheidung zwischen Angst und Furcht besteht insofern, dass Angst als eine Kombination verschiedener Emotionen verstanden wird und Furcht dazu die zentrale Emotion ist, die gefühlt wird. Weitere Komponenten der Angst sind Kummer, Scham, Schuld, Zorn oder Interesse (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 80f; Izard, 1999, S. 425f). Die geläufigere Unterscheidung von Angst und Furcht besagt jedoch, dass Angst entsteht, wenn eine Situation bedrohlich eingeschätzt wird, ohne dass man adäquat auf diese reagieren kann, da entweder nicht klar ist, welche Art von Angst vorliegt oder die Reaktion anderweitig blockiert ist. Furcht liegt vor, wenn die Gefahr genau identifiziert werden kann und eine Flucht- oder Vermeidungssituation möglich ist (vgl. Krohne, 1996, S. 8f; Paul, 2003, S. 13). Man könnte auch sagen, dass Angst, vor der man fliehen könnte, gegenstandslos ist. Bei Furcht ist dieser Gegenstand vorhanden.

Des Weiteren unterscheidet man zwischen Angst als aktuellen emotionalen Zustand (state) und Angst als Persönlichkeitsmerkmal (trait) (vgl. Krohne, 1996, S. 5f). Ersteres bezeichnet einen Zustand, der individuell durch bestimmte Situationsveränderungen ausgelöst wird und Auswirkungen auf physiologischer und subjektiver Ebene sowie der Verhaltensebene hat. Dabei sind die Gründe für das Auslösen des Affektes sowie die Möglichkeiten des Erscheinungsbildes sehr vielseitig. Es gibt angeborene (natürliche, wie Fremdheit, Höhe, Alleinsein, Schmerz) sowie erlernte (kulturelle, durch Beobachtung) Ursachen oder Auslöser für Angst resp. Furcht (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 80f; Izard, 1999, S. 398ff). Bei Angst als Persönlichkeitsmerkmal bedient man sich auch des Begriffs der „Ängstlichkeit“. Sie gibt die individuelle Schwelle eines Menschen an, bei der er Angst empfindet (vgl. Krohne, 1996, S. 5f). Diese Schwelle wird wiederum beeinflusst durch biologisch begründete sowie individuelle Kontexte, persönliche Erfahrungen und soziokulturelle Einflüsse der angstauslösenden Situation (vgl. Izard, 1999, S. 398ff). Toleranz gegenüber Furcht und Techniken der Furchtbekämpfung müssen erst erlernt werden, ansonsten könnte Furcht mit anderen Emotionen wie Kummer oder Scham verknüpft werden und damit Angststörungen begünstigen (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 69f; Izard, 1999, S. 412ff).

2.2.3 Die Begriffe Kummer und Traurigkeit

Die fundamentale Emotion Kummer als ein unvermeidlicher Teil des Lebens dient wichtigen biologischen und psychologischen Funktionen. Die Hauptquellen für Kummer werden in Trennung, Versagen und Verlust, aber auch Überstimulierung gesehen. Kummer zu empfinden heißt, traurig, niedergeschlagen, betrübt zu sein. Man hat Versagensgefühle, das Gefühl etwas verloren zu haben, spürt Ablehnung und Unzufriedenheit mit sich selbst (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 260f; Izard, 1999,

S. 325f; Vester, 1991, S. 157f). Um mit diesem Gefühl erfolgreich umgehen zu können, muss der Betroffene lernen, diesen Auslöser zu erkennen und zu reflektieren (vgl. Izard, 1999, S. 322f; Cavada et al., 2003, S. 195). Kummer und Traurigkeit werden weitestgehend synonym verwendet, wobei einzelne Forscher dem Begriff Kummer eine aktivere Komponente zuschreiben. Sie werden häufig auch als zwei Formen derselben Emotion verstanden (vgl. Izard, 1999, S. 322f). Der Gram (auch Trauer, engl. grief) bezeichnet eher die Verlustreaktion als Zusammenspiel von Kummer respektive Traurigkeit und eine Kombination anderer Gefühle wie Furcht, Schuld oder Zorn (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 282f; Izard, 1999, S. 321). Bei der Depression, einem komplexen Muster von Emotionen, Veränderungen in Triebzuständen und affektivkognitiven Interaktionen, ist Kummer die maßgebende, wenn nicht sogar Schlüsselemotion. Der Begriff der Depression ist in seiner Bedeutung vielschichtig und fasst sowohl neurophysiologische als auch biochemische Faktoren, welche ausgelöst oder beeinflusst werden (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 266f; Izard, 1999, S. 321f, 357).

Kummer und Traurigkeit erfüllen wichtige Funktionen im menschlichen Dasein. Kummer teilt zunächst einmal einem selbst oder anderen mit, dass nicht alles in Ordnung ist und dass man Hilfe benötigt, entweder durch einen selbst oder durch andere. Er kann beim Gegenüber Mitgefühl auslösen. Daraus motiviert Kummer zu Handlungen, die den Kummer vermindern, dessen Quelle beseitigen oder die Beziehung zu dem Kummer verursachenden Objekt verändern können (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 260f; Izard, 1999, S. 328f). Die sogenannte „Trauerarbeit“ löst dabei die emotionalen Bindungen, welche durch Trennung, Versagen oder Verlust unbrauchbar geworden sind, und schafft somit freie affektive Energien für neue Bindungen (vgl. Ciompi, 2001, S. 66). Kummer gibt also auch die Aufgeschlossenheit für die Probleme der Welt und die eigenen Probleme. Kummer fördert als zentrale Funktion aber vor allem den Zusammenhalt einer Gruppe oder fördert die soziale Bindung. Trennungen werden vermieden, da man den anderen nicht vermissen möchte. Enge Beziehungen können letztlich nur aus der Emotion Kummer entstehen (vgl. Izard, 1999, S. 328f).

2.2.4 Abgrenzung des Begriffes Depression

Trauer steht im Zusammenhang mit der persönlichen und sozialen Situation des Menschen und ist darum ein sehr individueller Prozess. Sie zeigt sich in ähnlichen Symptomen wie die der Depression. Von krankhafter Traurigkeit spricht man allerdings erst, wenn Blockaden erscheinen, sodass deutliche Einschränkungen im Alltag auftreten (vgl. Cavada et al., 2003; Vester, 1991, S. 160f).

Kummer wird von Izard als Schlüsselemotion von Depression beschrieben und ist dabei maßgeblich erhöht (vgl. Izard, 1999, S. 357). Eine Depression manifestiert sich in den verschiedenen Bereichen des Menschseins: Emotional durch die beobachtete Traurigkeit und Niedergeschlagenheit; kognitiv durch die verschobene Selbstwahrnehmung des Depressiven als unzulänglich und unnütz in der Welt; motivational durch die Passivität; körperlich bspw. über Appetitverlust und Schlafstörungen (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 266f; Izard, 1999, S. 353). Eine Depression ist außerdem durch mehrere der fundamentalen Emotionen beeinflusst. Traurigkeit wird also nur als Teil des Krankheitsbildes von Depression gesehen (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 266f; Izard, 1999, S. 355). Auch Furcht bzw. Angst als Komponenten beeinflussen bspw. Depression. Dennoch gibt es beträchtliche Überschneidungen, die als Ursachen für Depression bzw. Kummer wahrgenommen werden (vgl. Vester, 1991, S. 160f; Izard, 1999, S. 363f). Das „Grief / Depression Assessment Inventory“ von John M. Schneider (2001) unterscheidet die beiden Phänomene Gram (Trauer) und Depression in den Bereichen Verlust, Verhalten, Denken, Fühlen, Körper, Schmerz sowie Freude, Spiritualität, Träume, Unterstützung und Lebenswille (vgl. Schneider, 2001). Er beschreibt dabei verschiedene Verhaltensweisen, die einen Trauernden von einem Depressiven unterscheiden sollen, sagt aber, dass durchaus auch beide Beschreibungen zutreffen können. Der entscheidende Unterschied liegt darin, dass ein Depressiver das Gefühl hat, nichts mehr zu fühlen, leer zu sein (vgl. Schneider, 2001).

Während Angst/ Furcht sowie Kummer/ Traurigkeit als einzelne fundamentale Emotionen stehen, werden Depression sowie auch Trauer als Symptomkomplex von Emotionen mit maßgeblichem Einfluss von Traurigkeit verstanden (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 266f; Izard, 1999, S. 355).

2.2.5 Handlungsrelevanz für die Pflege

Um bestimmen zu können, ob (standardisierte) Pflege-Assessmentinstrumente tatsächlich für die Pflege handlungsrelevant sind, muss geklärt werden, ob diese überhaupt pflegeauslösende Zustände beschreiben (vgl. Flegel & Hunstein, 2002, S. 23f). Dies gilt insbesondere für die Erfassung der Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit.

Betrachtet man dazu die pflegetheoretische Sichtweise, erhebt die Pflege den Anspruch an sich selbst, den Patienten oder Klienten ganzheitlich wahrzunehmen. So spricht beispielsweise Virginia Henderson zu ihrer „Definition der Krankenpflege“ von der Untrennbarkeit von Geist und Körper sowie der Aufrechterhaltung des physiologischen und emotionalen Gleichgewichts des Menschen (vgl. Wertman De Meester, Lauer, Neal & Williams, 1992, S. 136ff). Monika Krohwinkels „Rahmenmodell ganzheitlich fördernder

Prozesspflege“ beinhaltet neben den Lebensaktivitäten auch Bereiche zu sozialen Kontakten und Beziehungen sowie existenziellen Erfahrungen des Lebens. Sie betont außerdem, dass der Mensch mehr als die Summe seiner Teile sei (vgl. Elsevier GmbH, 2010, S. 17f). Auch das Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO basiert auf einer Verbindung des medizinischen mit dem sozialen Modell von Behinderung. Um die verschiedenen Perspektiven der Funktionsfähigkeit aufnehmen zu können, wurde dort ein „biopsychosozialer“ Ansatz verwendet. Dieser soll eine zusammenhängende Sicht auf die verschiedenen Aspekte von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene schaffen (vgl. DIMDI, 2005, S. 25; Hunstein, in Druck). Zu den psychosozialen Funktionen gehören auch die Emotionen. Daraus abgeleitet besteht die Annahme, dass das Erleben von Angst und Traurigkeit Ansatzpunkte für die Pflege darstellen.

Fraglich ist allerdings, ob sich die theoretische Handlungsrelevanz im heutigen praktischen Pflegealltag widerspiegeln kann. Gerade der Bereich der Trauer wird z. B. meist über das eigene soziale Netz abgefangen und bedarf erst professioneller Hilfe, wenn tatsächlich Probleme in der Trauerverarbeitung vorliegen (vgl. Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). Diese professionelle Hilfe geht aber möglicherweise über die pflegerischen Kompetenzen hinaus. Hier sind z. B. Psychologen, Seelsorger oder Psychiater gefragt. Es kann außerdem davon ausgegangen werden, dass Patienten in der Ausnahmesituation „Krankenhaus“ grundsätzlich Angst haben, ob es sich um eine akute Krankheitssituation, eine bevorstehende Operation oder das Warten auf das Ergebnis eines Schnellschnittbefunds handelt (vgl. forsa, 2009). Zur Krankheitsverarbeitung gehören zudem Phasen mit depressiver Verstimmung dazu. Sie sind natürliche Prozesse (vgl. Corbin & Strauss, 2004; Lorenz-Krause, 2005). Es ist also zu überlegen, ab welchem Grad der Angst oder Traurigkeit überhaupt Handlungsbedarf seitens der Pflege besteht. Hierzu sollen drei Fälle exemplarisch aus der hier vorliegenden Untersuchung dargestellt werden.

Einer der Patienten lehnte zum Zeitpunkt der Befragung ein MRT ab – eine für den Krankenhausalltag eher routinemäßige Untersuchung. Im Gespräch konnte festgestellt werden, dass er an panischer Angst vor engen Räumen litt. Er war als junger Mann in einem Kessel beinahe ums Leben gekommen. Ein Gespräch über den genauen Ablauf der Untersuchung, die Information des Untersuchungspersonals sowie das Ansetzen eines Beruhigungsmittels durch den Arzt ermöglichte, dass der Patient in die Untersuchung einwilligte. Eine weitere Patientin hatte erst auf Ansprache für die Teilnahme an der Studie hin „alle Dämme brechen lassen“. Sie hatte nicht nur panische Angst, nach der bevorstehenden Zeh-Amputation nach und nach ihr Bein zu verlieren. Ihr Mann lag außerdem zu Hause im Sterben, was sie zutiefst bekümmerte. Daraufhin wurde mehrfach

die Seelsorge bestellt sowie eine rasche Entlassung veranlasst, damit der Patientin die Möglichkeit blieb, sich von ihrem Mann zu verabschieden. Es gibt aber auch Handlungsmöglichkeiten, wenn ein Patient nur Sorge äußert. So nahm eine junge Patientin an der Untersuchung teil, deren Bewegung durch die rheumatologische Erkrankung stark eingeschränkt war. Sie meinte, dass es ihr eigentlich gut ginge, hätte nur Sorge, wie sie sich zu Hause um die Tochter, den Haushalt und Hund kümmern könne, falls die Schwellungen nicht rechtzeitig zurückgehen sollten. In Absprache mit der Patientin wurde mit dem Sozialarbeiter des Hauses ein Termin vereinbart, in dem ihr die verschiedenen Möglichkeiten in der poststationären Unterstützung auch für zukünftige akute Situationen erläutert wurden, was ihr somit mehr Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung gab. Diese Beispiele verdeutlichen den Bedarf der Patienten, im Akutkrankenhaus einen professionellen Ansprechpartner vorzufinden.

Psychische Auffälligkeiten im Akutkrankenhaus treten bei 10% bis 80% der Patienten auf und sind damit keine seltene Begleiterscheinung (vgl. Mitchell et al., 2011; Vodermaier & Millman, 2011). Angst hat direkte Auswirkungen auf die Lebens- und Patientenzufriedenheit, besonders die präoperative Angsterfassung und Angstreduktion sind mit einer erhöhten postoperativen Komplikationsrate, Schmerzen, Übelkeit & Erbrechen, Liegedauer sowie dem Risiko einer Wiederaufnahme verbunden und sollten deshalb in das pflegerische Handeln einbezogen werden (vgl. Munafo & Stevenson, 2001). Die postoperative Depression gilt als relevanter Prädiktor einer erneuten Krankenhauseinweisung (vgl. Tully, Baker, Turnbull & Winefield, 2008). Häufig liegt mehr als eine Störung vor und insbesondere die Symptomkomplexe von Depression und Angst überschneiden sich (vgl. Kim, 2001, S. 8-11). Untersuchungen zeigen auch, dass sich eine Depression aus einer Angststörung entwickeln kann (vgl. Kim, 2001, S. 2). Hinzu kommt, dass Auswirkungen auf die Komplikationsraten und Liegezeiten auch gesundheitsökonomisch relevant sein können. Dabei gilt die menschliche Zuwendung als eine der häufigsten selbstwirksamen Methoden, Angst und Traurigkeit zu reduzieren (vgl. Mitchell, 2000). Insbesondere für die Informationsvermittlung, für psychoedukative Ansätze, Umgebungsgestaltung, Musik, Massagen gibt es nachweislich Effekte auf die emotionale Verarbeitung. (vgl. Steinmayr & Reuschenbach, 2011, S. 446f)

Die pflegerische Aufgabe der Krankenbeobachtung hat u.a. die Funktion, Auffälligkeiten auch im psychosozialen Bereich zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Diese bestehen nicht ausschließlich in direkten Pflegetätigkeiten (z. B. Informationsgespräch). Die Pflegefachkraft sollte sich vielmehr als Koordinator, als Dreh- und Angelpunkt der Hilfen in angemessener Weise verstehen. Sie muss entscheiden, ob das Problem des Patienten auch ein Pflegeproblem darstellt (vgl. Reuschenbach, 2008,

S. 76). So wie die Pflegefachkraft den Mediziner informiert, wenn funktionelle Probleme auftreten, kann sie den psychologischen Dienst zu Rate ziehen, wenn psychische Auffälligkeiten zu erkennen sind, oder den Sozialdienst informieren, wenn die anschließende Versorgung nicht adäquat zu sein scheint. Dieses Wissen ist nach Darmann (2000) beispielsweise über verständigungsorientierte Konzepte zu erreichen, wobei eine Aushandlung zwischen Patient und Pflegefachkraft stattfindet, welche Hilfen er tatsächlich benötigt. Letztlich können erst daraus auch Handlungsbegründungen erzeugt werden (vgl. Darmann, 2000; Reuschenbach, 2008, S. 76).

Pflegediagnosen erfüllen hierbei den Zweck, handlungsleitende Pflegephänomene darzustellen (vgl. Hunstein, in Druck). Als Grundlage der pflegerischen Behandlung, also der Festsetzung und Überprüfung von Zielen sowie der Planung und Durchführung der pflegerischen Maßnahmen, zeigen die Vielzahl von Pflegediagnosen, dass der psychosoziale Bereich eine wichtige handlungsleitende Rolle für die pflegerische Arbeit spielt, unabhängig davon, ob sie über NANDA, ZEPF, POP oder aus der ICF formuliert werden (vgl. DIMDI, 2005; Just et al., 2006; NANDA International, 2010; ZEPF, 2008). Mangels geeigneter Assessmentinstrumente ist zu befürchten, dass in der bisherigen Praxis eher die Pflegediagnosetitel als Grundlage für die Auswahl einer Pflegediagnose dienen (vgl. Steininger, 2007, S. 63f). Damit wird übergangen, zunächst die Situation zu analysieren (Assessment), um auf Basis des Ergebnisses eine Diagnose zu stellen. So besteht zumindest im psychosozialen Bereich die Gefahr, dass die Komplexität dieser Probleme durch einfache Pflegediagnosetitel überspielt sowie das eigentlich zielführende Gespräch vernachlässigt wird (vgl. Hunstein, in Druck; Kesselring, 1999). Die Einführung eines Assessmentverfahrens zur Erfassung von Angst/ Furcht sowie Kummer/ Traurigkeit würde demnach zumindest die Pflegediagnosestellung erleichtern und sichern.

Innerhalb des Praktikums der Untersucherin² am ePA-CompetenceCenter (ePA-CC) im Herbst 2011 bewerteten dazu drei unabhängige Experten die beispielhaft erstellten Verknüpfungen der Basisemotionen mit den NANDA-Pflegediagnosen der Domäne III „psychosoziale Pflegediagnosen“ (vgl. NANDA International, 2010, S. 408f; Schmidt, 2011, S. 6f). Als Grundlage diente die These, dass diejenigen Emotionen pflegerelevant sind, welche mit entsprechenden Pflegediagnosen zusammenhängen. Im Konsensverfahren wurden nur 1:1-Übereinstimmungen der drei unabhängigen Beurteilungen berücksichtigt (siehe Abbildung 2 und Anhang 1) (vgl. Schmidt, 2011, S. 6f). Für diese Analyse dienten diejenigen Basisemotionen, die von den Emotionsforschern McDougall, Plutchik, Izard und

² Um die Ich-Form zu vermeiden wird in diesem Beitrag von der Untersucherin – ein mit der Person der Autorin dieses Beitrags identisches Ich – gesprochen.

Ekman in ihren jeweiligen Arbeiten übereinstimmend genannt wurden (Angst/ Furcht; Ärger; Ekel; Kummer/ Traurigkeit) (vgl. Mayer, 2002, S. 7)

Angst/ Furcht wird verbunden mit den psychosozialen Pflegediagnosen (vgl. NANDA International, 2010, S. 408f):

- Angst (geringfügig, mäßig, ausgeprägt, panisch)
- Angst, vor dem Sterbeprozess / Tod
- Besorgt sein, anhaltend
- Furcht
- Hoffnungslosigkeit
- Machtlosigkeit; Machtlosigkeit, Risiko
- Posttraumatisches Syndrom
- Posttraumatisches Syndrom, Risiko
- Relokationssyndrom (Verlegungs-Stress-Syndrom)
- Relokationssyndrom, Risiko
- Sinnkrise
- Sinnkrise, Risiko
- Ungewissheit

Kummer/ Traurigkeit wird verbunden mit den psychosozialen Pflegediagnosen (vgl. NANDA International, 2010, S. 408f):

- Chronischer Kummer
- Hoffnungslosigkeit
- Sinnkrise
- Sinnkrise, Risiko
- Stimmung, gedrückt
- Trauern
- Trauern, erschwert
- Trauern, erschwert, Risiko

Für die Emotionen Ärger und Ekel konnten keine 1:1-Übereinstimmungen gefunden werden (vgl. Schmidt, 2011, S.12).

Abbildung 2: 1:1-Übereinstimmungen der drei unabhängigen Beurteilungen

Die Untersuchung zeigte, dass die psychosozialen Pflegediagnosen der NANDA sowohl emotionsauslösend (z. B. Ungewissheit) als auch aus Emotionen resultierend (z. B. chronischer Kummer) sein können, mitunter beschreiben Emotionen auch direkt Pflegediagnosen. Einige psychosoziale Pflegediagnosen stehen sowohl mit der Emotion Furcht als auch mit der Emotion Kummer im Zusammenhang (z. B. Sinnkrise), was die inhaltliche Schnittmenge der beiden Emotionen aufzeigt. Einzelne psychosoziale Pflegediagnosen können allerdings nicht einer oder mehreren Emotionen zugeordnet werden (z. B. der Bereich Coping) (siehe Anhang 1) (vgl. Schmidt, 2011, S. 6).

Des Weiteren wird auch aus den Klassifikationen von Pflegeleistungen (z. B. NIC, LEP) die direkte und indirekte Handlungsrelevanz für die Pflege deutlich (vgl. LEPWAUU, 2010).

Eine Beratungsleistung zum Umgang mit dem Blutzucker-Messgerät beim abendlichen Rundgang des Spätdienstes, wenn der Patient dies gerade erst neu erlernt und Angst vor Fehlbedienung hat, kann so beispielsweise bei LEP entsprechend mit „Beratung“ oder „Informationsgespräch“ verbucht werden.

Patienten im Krankenhaus sind meist mit emotional bewegenden Situationen konfrontiert. Sie können bei einem medizinisch „einfachen“ Krankheitsbild unter Umständen einen pflegerisch hohen Betreuungsaufwand benötigen, wenn psychosoziale bzw. emotionale Belastungen entstehen oder zusätzlich zur eigentlichen Diagnose vorliegen. Mit der Erfassung von Angst und Traurigkeit können sowohl Patientensituationen bewusster wahrgenommen als auch indirekt und direkt der individuelle Umgang mit dem Patienten beeinflusst werden. Angst und Traurigkeit spielen also eine besondere Rolle im pflegerischen Prozess. Dazu sollten Pflegefachkräfte ihren Aufgabenbereich über die körperlichen Belange eines Patienten erweitern und dieses Aufgabenfeld für sich erkennen, so wie es beispielsweise schon Hildegard Peplau in ihrer Theorie der zwischenmenschlichen Pflege vorschlug (vgl. Carey et al., 1992, S. 310ff).

2.2.6 Messung von Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit

Die im Folgenden vorgestellten Assessmentinstrumente geben Hinweise auf (be)handlungsrelevante Ausprägungen der Verarbeitung von Angstzuständen oder depressivem Verhalten. Die Begriffe „Depression“ und „depressives Verhalten“ werden im Rahmen dieser Arbeit mit der Emotion Kummer/ Traurigkeit verglichen. Kummer wird als normale Form der emotionalen Verarbeitung angesehen und als solche nicht in Assessmentinstrumenten erhoben. Bei Depression muss von einer komplexen Erkrankung gesprochen werden, die Symptome aber unterscheiden sich von der Emotion Kummer/ Traurigkeit nur wenig (vgl. Izard, 1999, S. 363f). Maßgeblich werden Depression oder depressives Verhalten sogar durch die Emotion Kummer/ Traurigkeit bestimmt (vgl. Schneider, 2001). Deshalb erfolgte die Suche nach denjenigen Assessmentinstrumenten, welche auch depressives Verhalten erfassen.

Anhang 2 zeigt die zusammengefasste Symptombeschreibung von Angst und Traurigkeit der NANDA- und ZEPF-Klassifikationen (vgl. NANDA International, 2010, S. 204, 206, 259, 271, 274, 282, 284, 286; Käppeli, 1998, S. 91ff, 119ff). Bei der inhaltlichen Betrachtung wurden deutliche Überschneidungen der Bereiche Angst und Traurigkeit sichtbar. Dies zeigt, wie schwierig es ist, die beiden Emotionen korrekt und getrennt voneinander zu erfassen. So versucht die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) beide Bereiche getrennt voneinander zu messen. Aber auch sie hat in ihren beiden Subskalen eine Korrelation zwischen 50% bis 63% (vgl. Herrmann, 1997). Eine depressive Stimmung

kann ein Zeichen für Angst oder Angststörungen sein, genauso wie viele weitere Symptome der Angst auch Zeichen einer beginnenden Depression sein können (siehe Anhang 2) (vgl. Demmerling & Landweer, 2007, S. 282f; Kim, 2001, S. 3). Ein weiterer Hinweis auf den engen Zusammenhang der beiden Emotionen bieten die medizinischen Klassifikationssysteme (z. B. ICD-10). Hier führte eine kategorische Trennung von Angst und Depression zu einer verstärkten Doppeldiagnose (vgl. Kim, 2001, S. 1).

Mit der Messung von Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit im ePA-AC soll die Möglichkeit geschaffen werden, durch Traurigkeit oder Angst belastete Personen zu erkennen und eventuell Hinweise zu bekommen, an welcher Stelle weitergehende Hilfe einbezogen werden sollte. Die Erfassung über das ePA-AC soll und kann aber keinesfalls dazu dienen, eine medizinische Diagnose, wie beispielsweise die der Depression oder Angststörung, zu stellen.

Nachfolgend werden exemplarisch einige Assessmentinstrumente zur Erfassung von klinisch relevanten Ausprägungen von Angst und Traurigkeit respektive Depression vorgestellt (vgl. Collegium Internationale Psychiatriae Salarum, 2005; Hänsgen, 2011; Steinmayr & Reuschenbach, 2011). Diese sind meist mit einem größeren Erhebungsaufwand verbunden, wie auch der Vergleich in Anhang 3 zeigt.

Während der Analyse der Assessmentinstrumente zu Angst und Traurigkeit wurde schnell deutlich, dass die Erfassung dieser Phänomene sehr umfassend ist und sich in das ePA-System nicht ohne weiteres integrieren lässt. Die Assessmentinstrumente Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD; entwickelt von Hamilton, 1960), Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D; entwickelt von Herrmann, Buss & Snaith, 1995 [englische Originalversion Zigmond & Snaith, 1983]), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS; entwickelt von Montgomery & Åsberg, 1979), Beck Depression Inventory (BDI; entwickelt von Beck, 1978) Hamilton Anxiety Scale (HAM-A; entwickelt von Hamilton, 1959), State Trait Anxiety Inventory (STAI; entwickelt von Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981), Self-Rating Anxiety Scale (SAS; entwickelt von Zung, 1971) und Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS; entwickelt von McCracken & Dhingra, 2002) umfassen je 10 bis 40 Items, um Angst und/oder Depression in Selbst- oder Fremdbeurteilung erfassen zu können (vgl. Collegium Internationale Psychiatriae Salarum, 2005; Hänsgen, 2011; Steinmayr & Reuschenbach, 2011, S. 449f). Dabei beträgt der zeitliche Aufwand von 3 bis 15 Minuten. Ein solcher Aufwand wäre nur für eine weiterführende Diagnostik gerechtfertigt, wenn bereits Anzeichen für Angst oder Depression bestehen, nicht jedoch für ein Basis-Assessmentverfahren wie das ePA-AC 2.0, welches selbst nur aus 54 Items besteht (vgl. Hunstein, 2009, S. 66).

Die HADS-D von Herrmann, Buss und Snaith (1995) beispielsweise, beinhaltet je 7 Items zu Angst und Depression und ist mit einem Zeitaufwand von bis zu 6 Minuten verbunden (Herrmann et al., 1995). Mit Hilfe der Items wird ein Summenscore gebildet, welcher zwischen 0 und 21 Punkten liegen kann. Die HADS-D unterscheidet zwischen unauffälligen, grenzwertigen und auffälligen Patienten mit einem Cut-Off-Wert von 7/8 bzw. von 10/11 von 21 Punkten für die jeweiligen Subskalen (vgl. Zigmond & Snaith, 1983). In zahlreichen Studien wurde die HADS-D als ein reliables und valides Instrument zur Messung von Angst und Depression eingeschätzt (vgl. Brennan, Worrall-Davies, McMillan, Gilbody & House, 2010). Sie wird als Screeningverfahren verwendet, um im Klinikalltag bedeutsame Ausprägungen von Angst und Depression erkennen zu können, wäre aber für den Einsatz im ePA-AC dennoch zu umfangreich.

Die Depression Rating Scale (DRS) der interRAI-Gruppe (vgl. Garms-Homolová & Gilgen, 2000, S. 157) wird im Zusammenhang des für Langzeit-Pflegeeinrichtungen konzipierten RAI 2.0 abgefragt. Hier dienen neben dem verbalen Ausdruck von „Bedrückt sein“ (negative Äußerungen, ängstliche Beschwerden) auch ein veränderter Schlafzyklus, trauriges, apathisches, ängstliches Auftreten (Trauer, Schmerz, besorgte Mimik; weinerlich, tränenüberströmt; motorische Unruhe, Händeringen, Herumlaufen, Nesteln) und Interessenlosigkeit (Rückzug von Aktivitäten; eingeschränkte soziale Aktivität) als Indikatoren, eine traurige oder ängstliche Stimmungslage festzuhalten (vgl. Garms-Homolová & Gilgen, 2000, S. 157). Insgesamt werden 16 Items zur Stimmungslage abgefragt, die beobachtet und bewertet werden können (bezugnehmend auf die letzten 30 Tage) (vgl. Garms-Homolová & Gilgen, 2000, S. 157ff). Die DRS ist für die Umsetzung im ePA-AC ebenfalls zu lang, aber es lassen sich Überschneidungen der Erfassung im DRS mit der Erfassung im ePA-AC erkennen. So werden im ePA-AC 2.0 beispielsweise sowohl Veränderungen im Schlafverhalten als auch der Rückzug von Aktivitäten erfasst. Ein weiterer Ansatz der DRS ist es, den Patienten direkt auf seine Stimmungslage anzusprechen. Demgegenüber ist es fraglich, ob die direkte Ansprache des Patienten nach trauriger oder ängstlicher Stimmungslage tatsächlich zielführend ist oder Patienten eher mit Unverständnis bzw. Abweisung reagieren oder sogar so antworten, wie sie meinen, dass es von ihnen erwartet wird.

Die Autoren Davey, Barratt, Butow & Deeks (2007) wollten in ihrer Untersuchung überprüfen, ob es möglich ist, vorhandene Angst durch eine einzelne Frage mit Hilfe einer Likert Skala oder Visuellen Analog Skala (VAS) zu messen. Als Goldstandard sollte jeder Proband den State Trait Anxiety Inventory (STAI) ausfüllen, die Frage zur Angst mit der Fünfpunkte-Likert-Skala oder der VAS wurde zufällig verteilt. Insgesamt haben 400 von 497 Probanden an der Untersuchung teilgenommen. Dabei können beide Messmethoden

als Prädiktoren für den STAI angesehen werden, die VAS korrelierte mit dem STAI zu 78% (95%CI 0.73–0.82), die Likert-Skala zu 75% (95%CI 0.70–0.79), auch wenn 11 % der Befragten den Nutzen der VAS bezweifelten (vgl. Davey et al., 2007). Diese Untersuchung zeigt, dass es möglich ist, Angst mit einer einzelnen Frage und der Zuhilfenahme einer Likert Skala oder VAS schnell und einfach zu messen.

Eine bereits hinreichend untersuchte Befragung zur Depressivität stellt die Yale Single Question (YSQ) dar. Sie besteht aus der Frage “Do you often feel sad or depressed?” (Fühlen Sie sich häufig deprimiert, bedrückt oder niedergeschlagen? [eigene Übersetzung]) mit den Antwortmöglichkeiten „ja“ oder „nein“ (vgl. Dwyer, 2008 S. 16). Sie zeigt gegenüber anderen Messverfahren zur Depression in verschiedenen Populationen gute psychometrische Eigenschaften (vgl. Dwyer, 2008, S. 17). Colleen M. Dwyer (2008) hat in ihrer Arbeit den Forschungsstand zur YSQ zusammengefasst und zeigt, dass die YSQ valide und reliabel nicht depressive Menschen von depressiven Menschen unterscheiden kann. Der große Nachteil einer solchen Fragestrategie ist allerdings, dass der Patient sich selbst als depressiv wahrnehmen muss (vgl. Dwyer, 2008, S. 18). Einen ähnlichen Ansatz mit ähnlichen Ergebnissen verfolgten die schwedische Forschergruppe um Skoogh und Autoren (2010). Sie verwendeten die Fragestellung „Are you depressed“ mit den Antwortmöglichkeiten „Yes“, „I don’t know“ und „No“ (Skoogh et al., 2010).

Das 2-Item Kurzinterview ist ein auf Grundlage von Chochinov (2001) entwickeltes Instrument zur Ermittlung von depressiver Stimmungslage bei Tumorpatienten. Es wurde in der Dissertation von Silvia Lehenbauer-Dehm (2008) auf seine Validität hin überprüft. Dabei fragt es lediglich nach den beiden Kernsymptomen einer Depression, depressive Stimmungslage und Anhedonie. Als depressiv werden Patienten eingestuft, wenn sie die Frage zur depressiven Stimmung und/oder Anhedonie bejaht haben (vgl. Lehenbauer-Dehm, 2008, S. 29).

Ein weiteres Erhebungsinstrument, welches sich einer VAS bedient, ist das Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) in der onkologischen und palliativen Pflege (vgl. Bruera, Kuehn, Miller, Selmser & Macmillan, 1991). ESAS erfasst neun häufige Symptome bei Patienten mit Krebs. Neben Schmerz, Müdigkeit, Übelkeit, Appetit, Wohlbefinden, Schwindel, Atemnot und der Selbstbestimmung eines weiteren Problems sind das Angst und Depression. Diese werden jeweils durch Selbstbeurteilung vom Patienten zwischen 0 (z. B. „keine Angst“) und 10 (z. B. „schlimmst mögliche Angst“) eingeschätzt. Dabei werden in den Leitlinien zur Verwendung der ESAS die Begriffe „Depression“ mit traurig (sad), niedergeschlagen (blue) umschrieben, „Angst“ mit Nervosität (nervousness) bzw. Ruhelosigkeit (restlessness) (vgl. Capital Health & Caritas Health Group, 2001).

Validierungsstudien in verschiedenen Settings und mit verschiedenen anderen Skalen und Fragebögen wurden durchgeführt (vgl. Capital Health & Caritas Health Group, 2001). Von Bruera und Autoren (1998) wurde das ESAS als einfache und nützliche Methode zur Beurteilung von Patienten in der Palliativpflege beschrieben (vgl. Bruera et al., 1991). Allerdings haben beispielsweise Rees, Hardy, Ling, Broadley und A'Hern (1998) festgestellt, dass ESAS nicht für alle Patienten, nämlich diejenigen mit fortgeschrittenem Krankheitsstatus oder schlechterem Leistungszustand, geeignet sei. Auch konnten aufgrund des ESAS keine veränderten pflegerischen Leistungen festgestellt werden (vgl. Rees et al, 1998).

Das Distress Thermometer – Deutsche Version von Mehnert, Müller, Lehmann und Koch (2006) ist als Screening für geeignet beurteilt worden, schnell, objektiv und valide Informationen über Ausmaß und Ursache psychosozialer Belastungen bei onkologischen Patienten zu erfassen. Das Distress Thermometer (englische Originalversion Roth, Kornblith, Batel-Copel, Peabody, Scher & Holland, 1998) ist mittlerweile in etlichen Sprachen validiert und in vielen Studien psychometrisch überprüft (vgl. Mehnert, Lehmann & Koch, 2008, S. 8f). In einer Selbsteinschätzung mittels VAS (Thermometer; 0 [gar nicht belastet] bis 10 [extrem belastet]) und einer Problemliste in fünf Bereichen (praktische Probleme, familiäre Probleme, emotionale Probleme [u.a. Angst und Traurigkeit], spirituelle Probleme und körperliche Probleme) soll der Patient sein psychosoziales Befinden beschreiben. Die Items der Problemliste werden mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet. Die Bearbeitungszeit für das Distress Thermometer beträgt 2 bis 3 Minuten. Ein Wert auf dem Distress Thermometer von 5 oder höher sollte als Signal verstanden werden, dass der Patient auffällig belastet ist und Unterstützung benötigt, wobei andere Studien von 3 und 4 als Schwellenwert sprechen (vgl. Mehnert et al., 2008, S. 8f). Die Autorinnen besagen außerdem, dass es sinnvoll sei, zunächst belastete Patienten zu erfassen, um so individuell weiter untersuchen und behandeln zu können (vgl. Mehnert et al., 2008, S. 8f). Dieses Ziel verfolgt auch als Basis-Assessment das ePA-AC.

2.2.7 1-Item-Instrumente als Umsetzungsvorschlag für ePA-AC

Innerhalb des Praktikums am ePA-AC wurden zwei Emotionen herausgearbeitet, die wesentlichen Einfluss auf die pflegerische Tätigkeit haben können: Die beiden gesundheitlich hinderlichen bzw. krankheitsfördernden Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit (vgl. Schmidt, 2011, S. 8ff). Zur Erfassung der Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit wurden verschiedene Assessmentinstrumente analysiert. Allerdings sind diese zu umfangreich und zu spezifisch, um ein allgemeines Assessment wie das ePA-AC zu erweitern. Es musste also eine Möglichkeit gefunden

werden, Angst und Traurigkeit direkt über das ePA-AC zu operationalisieren und zu erfassen. Die Literatur hat gezeigt, dass die Selbstauskunft von Patienten handlungsleitende Informationen zu ihrer Stimmungslage geben kann. Daran soll angeknüpft werden.

So könnte sich als Basis-Assessment die konkrete Frage bzw. Ansprache eignen. Im Erstentwurf des entwickelten Manuals lauteten diese „Fühlen Sie sich ängstlich, bedroht?“ und „Fühlen Sie sich traurig, depressiv verstimmt?“. Daraus könnte sich dann z. B. die Notwendigkeit für ein weiter führendes Assessment ergeben (z. B. HADS-D).

Die Selbsteinschätzung durch den Patienten sollte dabei nicht prinzipiell täglich (da Irritation von nicht belasteten Patienten zu erwarten wäre), sondern eher bei Bedarf erfolgen, nämlich immer dann, wenn durch eine Fremdeinschätzung sowie der Expertise der Fachkraft Anlässe oder Hinweise auf Angst oder Traurigkeit gegeben sind. Um wiederum Veränderungen in der Stimmungslage zu erkennen, wäre es angebracht, ähnlich wie es für den HADS-D empfohlen wird, den Patienten zur Aufnahme sowie in regelmäßig wiederkehrenden Intervallen zu befragen, zum Beispiel alle 7 Tage (vgl. Steinmayr & Reuschenbach, 2011, S. 452).

Es ist weiterhin zu überlegen, ab welchem Grad der Angst oder Traurigkeit auch Handlungsbedarf seitens der Pflege besteht, da die unterschiedlichen Ausprägungen von Angst und Traurigkeit nicht unbedingt implizieren, dass der Patient Hilfe benötigt. Zung (1980) sah beispielsweise für die Self-Rating Anxiety Scale (SAS) bei einem Angstscore ab 44%/45% von 100% eine klinisch relevante Angstsymptomatik (vgl. Zung, 1980 in Steinmayr & Reuschenbach, 2011, S. 451). Die HADS-D unterscheidet zwischen unauffälligen und grenzwertigen Patienten mit einem Cut-Off-Wert von 7/8 sowie auffälligen Patienten mit einem Cut-Off-Wert von 10/11 von 21 Punkten für die Subskalen (vgl. Steinmayr & Reuschenbach, 2011, S. 453).

Anhang 4 zeigt den Kodiervorschlag für ePA-AC nach Beendigung des Praktikums (Version 1) (vgl. Schmidt, 2011, S. 9f.). Innerhalb der Selbsteinschätzung durch den Patienten wurde im Fall von Kummer/ Traurigkeit nach Vorbild der YSQ auf eine Abstufung verzichtet (vgl. Dwyer, 2008, S. 16), während bei Angst/ Furcht eine Abstufung mit Hilfe einer VAS vorgenommen werden soll (vgl. Davey et al., 2007). Hintergrund war dabei die Annahme, dass, wenn ein Patient Traurigkeit und Kummer zeigt bzw. äußert, Trauerarbeit nicht in unterschiedlicher Abstufung stattfindet. Diese orientiert sich entsprechend der Trauerphasen und daran, ob der Patient selbst in der Lage ist den jeweiligen Verlust zu bewältigen oder Hilfe „von außen“ benötigt (vgl. Käppeli, 1998, S. 125). Im Gegensatz dazu unterscheiden sich die Strategien, Angst abzubauen, wesentlich

vom Grad der Angst (vgl. Käppeli, 1998, S. 93). Handlungsleitende Konsequenzen, die die Pflegefachkraft aus diesen Informationen ziehen kann, liegen individuell auf unterschiedlicher Ebene zur Angstminderung und zur Steigerung des Wohlbefindens. Dies kann von Gesprächsführung (z. B. Aufklärung), tiefergehenden Assessments bis zur Konsultation eines Psychologen reichen.

3 Ziel der Untersuchung und Fragestellung

Assessmentverfahren müssen sich sowohl bei einer wissenschaftlichen Überprüfung als auch praxisbezogen bewähren, bevor ein Einsatz in der Praxis sinnvoll ist. Dazu gehören Objektivität, Reliabilität und Validität sowie Transparenz, Praktikabilität und Zeitaufwand (vgl. Reuschenbach, 2011, S. 57). Um ein Höchstmaß an Objektivität zu gewährleisten, wurde für die beiden Items eine Durchführungsanweisung (Manual) auf Grundlage der theoretischen Arbeit aus dem Praktikum und gemäß des Konzepts des ePA-AC (vgl. ePA-CC, 2011) entwickelt sowie eine Schulung der Mitarbeiter vor Beginn der Studie durchgeführt (siehe Anhang 5). Die Durchführung der Studie beinhaltete, dass die Untersucherin, welche die Befragungen durchführte, im Frühdienst mitarbeitete. Dadurch konnte zusätzlich auf Fragen und Probleme mit den Items eingegangen und erneute Hinweise für den korrekten Umgang gegeben werden.

Dieser Teil der Testvalidierung beinhaltet die Inhaltsvalidität, die Reproduzierbarkeit (Interrater-Übereinstimmung und Interrater-Reliabilität) der Fremdbeurteilungen, die Bland-Altman-Analyse der Skalen, die Konstruktvalidität der Selbstauskunft sowie die Kriteriumsvalidität der Selbst- und Fremdbeurteilungen der beiden ePA-Items. Als Referenzstandard wurde die HADS-D gewählt. Die Untersuchungsgruppe umfasste Patienten eines Krankenhauses der Maximalversorgung der rheumatologischen und gefäßchirurgischen Abteilung sowie deren Pflegefachkräfte.

Für die Untersuchung ergaben sich verschiedene Haupt- sowie Nebenfragestellungen. Grundlegende Voraussetzung für die Durchführung der Hauptfragestellung war die Überprüfung der **Inhaltsvalidität** und der damit verbundenen Frage, ob die beiden entwickelten Items die zu erfassenden Konstrukte Angst/ Furcht bzw. Kummer/ Traurigkeit hinreichend genau definieren.

Des Weiteren sollte die Interrater-Übereinstimmung und -Reliabilität als Maß der **Reproduzierbarkeit** der Fremdbeurteilung der zu erfassenden Konstrukte Angst/ Furcht bzw. Trauer/ Kummer mit Hilfe der ePA-Items in der Akutpflege bestimmt werden. Damit

soll der Frage nachgegangen werden, ob sich die Fremdeinschätzungen bei erneuter Ausführung durch verschiedene Pflegefachkräfte reproduzieren lassen.

Zudem sollte der **Umfang des Messfehlers** der VAS für die Selbstauskunft und damit die Zuverlässigkeit (Reliabilität) gegenüber der HADS-D Summenskalen bestimmt werden.

Im Sinne der **Konstruktvalidität** sollte überprüft werden, ob die beiden entwickelten Items die zu erfassenden Konstrukte Angst/ Furcht bzw. Kummer/ Traurigkeit in der Akutpflege adäquat und getrennt voneinander im Vergleich zur HADS-D abbilden bzw. voneinander unterscheiden, denn Angst und Traurigkeit sind zwei Phänomene, die eng beieinander liegen können (vgl. Kim, 2001). Konkret heißt dies: Ergibt sich für einen Patienten im HADS-D Summenscore ANGST+/TRAURIGKEIT+, müsste er dies auch in der Selbstauskunft angeben haben; gibt er ANGST+/ TRAURIGKEIT- an, sollte sich dies auch in der Selbstauskunft widerspiegeln und so weiter.

Die Hauptfragestellung dieser Untersuchung bezog sich auf die **Kriteriumsvalidität** (Vergleich der Einschätzung eines neuen diagnostischen Verfahrens mit einem etablierten Verfahren [Referenzstandard]). Diese lautete:

Welche Übereinstimmungsvalidität im Vergleich zur Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) als Referenzstandard weisen die beiden neu entwickelten Items in der Selbsteinschätzung und Fremdbeurteilung der zu erfassenden Konstrukte Angst/ Furcht bzw. Trauer/ Kummer in der Akutpflege auf?

Zur Beantwortung dieser Frage sollte herausgefunden werden,

- a. bei welchem VAS-Schwellenwert (im Vergleich zur HADS-D als Referenzstandard) die Selbsteinschätzung der 1-Item-Instrumente der zu erfassenden Konstrukte Angst/ Furcht bzw. Trauer/ Kummer am besten auffällige von unauffälligen Patienten unterscheiden kann;
- b. welche Sensitivität resp. Spezifität das 1-Item-Instrument des zu erfassenden Konstruktes Angst/ Furcht durch Selbsteinschätzung des Patienten im Vergleich zur HADS-D als Referenzstandard bei Patienten der gefäßchirurgischen sowie rheumatologischen Abteilung eines akutstationären Krankenhauses aufweist;
- c. welche Sensitivität resp. Spezifität das 1-Item-Instrument des zu erfassenden Konstruktes Angst/ Furcht durch Fremdbeurteilung des Pflegepersonals im Frühdienst (Rater 1) im Vergleich zur HADS-D als Referenzstandard bei Patienten der gefäßchirurgischen sowie rheumatologischen Abteilung eines akutstationären Krankenhauses aufweist;

- d. welche Sensitivität resp. Spezifität das 1-Item-Instrument des zu erfassenden Konstruktes Angst/ Furcht durch Fremdbeurteilung des Pflegepersonals im Spätdienst (Rater 2) im Vergleich zur HADS-D als Referenzstandard bei Patienten der gefäßchirurgischen sowie rheumatologischen Abteilung eines akutstationären Krankenhauses aufweist;
- e. welche Sensitivität resp. Spezifität das 1-Item-Instrument des zu erfassenden Konstruktes Kummer/ Traurigkeit durch Selbsteinschätzung des Patienten im Vergleich zur HADS-D als Referenzstandard bei Patienten der gefäßchirurgischen sowie rheumatologischen Abteilung eines akutstationären Krankenhauses aufweist;
- f. welche Sensitivität resp. Spezifität das 1-Item-Instrument des zu erfassenden Konstruktes Kummer/ Traurigkeit durch Fremdbeurteilung des Pflegepersonals im Frühdienst (Rater 1) im Vergleich zur HADS-D als Referenzstandard bei Patienten der gefäßchirurgischen sowie rheumatologischen Abteilung eines akutstationären Krankenhauses aufweist;
- g. welche Sensitivität resp. Spezifität das 1-Item-Instrument des zu erfassenden Konstruktes Kummer/ Traurigkeit durch Fremdbeurteilung des Pflegepersonals im Spätdienst (Rater 2) im Vergleich zur HADS-D als Referenzstandard bei Patienten der gefäßchirurgischen sowie rheumatologischen Abteilung eines akutstationären Krankenhauses aufweist.

Weiteres Ziel der Untersuchung war es, zumindest einen kleinen Ausschnitt der **praktischen Relevanz** aufzunehmen und abzubilden.

4 Methode und Material

4.1 Studiendesign

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine Validierungsstudie durchgeführt. Diese umfasste eine Befragung von Patienten mittels Fragebogen sowie die Beobachtung dieser Patienten durch die Pflegefachkräfte.

4.1.1 Inhaltsvalidität und Pretest

Dieser Untersuchung gingen eine Überprüfung der Inhaltsvalidität des Manuals im Expertenkonsens sowie ein Pretestverfahren der 1-Item-Instrumente voraus. Für die Inhaltsvalidität wurden, neben der weiterführenden Literaturarbeit, ein Psychoonkologe, ein Psychiater sowie eine Pflegefachkraft aus dem palliativen Bereich interviewt, um herauszufinden, ob das Instrument aus Sicht der Experten geeignet ist, um Hinweise für

das Vorliegen von Kummer/ Traurigkeit resp. Angst/ Furcht zu erhalten. Lynn (1986) schlägt für die Gewichtung der einzelnen Items vor, mindestens drei Experten einzubeziehen sowie die Relevanz der einzelnen Items für das beschreibende Konstrukt mit Hilfe einer 4er-Skalierung einstufen zu lassen. Dazu wurde die Skalierung nach Davis (1992, in Polit & Beck, 2006) (1= nicht geeignet [not relevant], 2= wenig geeignet [somewhat relevant], 3= durchaus geeignet [quite relevant], 4= äußerst geeignet [highly relevant]) verwendet. Diese Vorgehensweise wurde auf das Manual der beiden ePA-Items Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit übertragen, um die Operationalisierung (Symptombeschreibungen, Anwendung der Selbst- und Fremdeinschätzung etc.) zu prüfen. Wurden die Inhalte von allen drei Experten als geeignet (3 oder 4) eingestuft, galten sie auch für das Manual als geeignet (vgl. Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006).

Anschließend wurde der Pretest der 1-Item-Instrumente für die Selbstauskunft mit 5 Patienten und des angepassten Manuals mit 5 Pflegefachkräften durchgeführt, um die Verständlichkeit der beiden Instrumente zu sichern (vgl. Prüfer & Rexroth, 2005).

4.1.2 Reproduzierbarkeit

Um die Reproduzierbarkeit der Fremdbeurteilungen durch Pflegefachkräfte ermitteln zu können, sollten in einer Paper-Pencil-Testung (Version 3, siehe Anhang 6) jeweils zwei zuständige Pflegefachkräfte als Testpärchen (Rater 1 Ende des Frühdienstes, Rater 2 zu Beginn des Spätdienstes) für die Fremdbeurteilung bestimmt werden. Von jedem Patienten, der die Einschlusskriterien erfüllte und dessen Einverständniserklärung vorlag, sollte durch das Pflegepersonal am selben Tag der Befragung zweimal auf Grundlage des Manuals der 1-Item-Instrumente die Ausprägungen der Phänomene bestimmt werden, wobei Rater 2 den Patienten bereits vom Vortag kennen sollte. Aufgrund der Personalsituation im Setting Akutklinik konnten keine festen Testpärchen bestimmt werden.

4.1.3 Reliabilität, Konstruktvalidität und Kriteriumsvalidität

Die Bland-Altman-Analyse, die Konstruktvalidität im Vergleich zur HADS-D im Sinne der Übereinstimmung der Kreuztabellen (Angst ja/ nein und Traurigkeit ja/ nein) und die Kriteriumsvalidität im Sinne der Testgenauigkeit (Sensitivität, Spezifität, ROC, AUC) wurde anhand der Ergebnisse aus der Erfassung über einen entsprechenden Fragebogen, der von den Patienten ausgefüllt werden sollte, durchgeführt. Zuvor erfolgten die Aufklärung und die Einholung des Einverständnisses des Patienten. Nach der mündlichen Beantwortung der Fragen der 1-Item-Instrumente zur Selbsteinschätzung sollten die Patienten den Fragebogen (Version 7 [Endversion nach Pretest], siehe Anhang 7) ausfüllen. Der Zeitpunkt dieser Befragung lag zwischen den Fremdbeurteilungen des Früh- und des

Spätdienstes. Die Teilnahme der Patienten war freiwillig, die Fragebögen, die Selbstauskunft und die Fremdbeurteilungen wurden pseudonymisiert ausgewertet.

4.1.4 Praktische Relevanz

Die ursprüngliche Idee, die ePA-Instrumente im praktischen Einsatz zu testen, um die Relevanz des Assessmentinstruments für die Pflege zu ermitteln, wurde von den Stationen abgelehnt, da sie einen Mehraufwand befürchteten, welche die Pflegefachkräfte nicht kompensieren könnten. Stattdessen wurde erhoben, wie lange die Gespräche in der mündlichen Befragung andauerten und welche Interventionen den Patienten aufgrund der Befragung angeboten wurden (erhoben wurden: keine Intervention, psychoonkologischer Dienst, Seelsorge, Gesprächsführung und andere Intervention).

4.1.5 HADS-D als Referenzstandard

Die Wahl eines geeigneten Referenzstandards für die Testvalidierung fiel insofern schwer, als dass die Literatur zwar geeignete Instrumente zur Erfassung von Angst/ Furcht bereithält, es jedoch keine validierte Erfassung von Kummer/ Traurigkeit als einzelne fundamentale Emotion gibt, sondern die Instrumente Depression sowie auch Trauer als Symptomkomplex mit maßgeblichem Einfluss von Kummer erfassen. Die HADS-D wurde als Validierungsinstrument in den meisten Untersuchungen als Referenzstandard für die Testung des Distress Thermometers gewählt (vgl. Mehnert et al., 2008, S. 8f). Sie wird in dieser Untersuchung deshalb ebenfalls als solches verwendet³, besonders da in einer Vielzahl von Studien die psychometrische Eignung der HADS-D zur Messung und Unterscheidung von Angst und Depression nachgewiesen wurde (vgl. Brennan et al., 2010). Dabei wird die Erfassung von Depression mittels der HADS-D Subskala mit der Erfassung von Kummer/ Traurigkeit des entwickelten ePA-Items inhaltlich gleichgesetzt. Auch wenn Traurigkeit nur als einer von vielen Aspekten der Depression gilt, so ist sie doch wichtiger Hinweis und Bestandteil einer Depression (vgl. Demmerling & Landwehr, 2007, S. 266f; Izard, 1999, S. 355). Überlegung war dabei, dass ab einem bestimmten Grad von Traurigkeit, abgefragt anhand einer VAS, Hinweise für eine Depression ebenfalls erfüllt sind.

³Herrmann-Lingen, C. Buss, U., Snaith R.P. (1995). *HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale -- Deutsche Version*. Deutsche Adaptation der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) von R.P. Snaith und A.S. Zigmond; mit freundlicher Genehmigung des Verlages Hans Huber

4.2 Statistische Methoden

4.2.1 Statistische Berechnungen

Zur statistischen Auswertung wurden „SPSS Statistics 20“ der Firma IBM sowie „MedCalc“ Version 12.3.0.0 der Firma MedCalc Software bvba verwendet. Die Vierfelder-Tafeln der HADS-D sowie der ePA-Items Selbstauskunft und Fremdbeurteilung der beiden Phänomene Angst/ Furcht bzw. Kummer/ Traurigkeit stellen die Grunddimensionen der statistischen Berechnungen dar. Es wird zwischen Patienten mit Angst und Traurigkeit (ANGST+/TRAURIGKEIT+), mit Angst und ohne Traurigkeit (ANGST+/TRAURIGKEIT-), mit Traurigkeit und ohne Angst (ANGST-/TRAURIGKEIT+) sowie ohne Angst und ohne Traurigkeit (ANGST-/TRAURIGKEIT-) unterschieden.

4.2.2 Inhaltsvalidität

Zur Bestimmung der Inhaltsvalidität wurde für jeden inhaltlichen Unterpunkt des Manuals betrachtet wie viele der drei Experten jeweils den Skalenwert mit 3 oder 4 (durchaus geeignet; äußerst geeignet) bewertet haben. Wenn alle drei Experten den jeweiligen Unterpunkt mit 3 oder 4 bewertet haben, wurde er im Manual beibehalten. Bei einer Einstufung von 1 oder 2 (nicht geeignet; wenig geeignet) wurde mit dem Experten die Formulierung besprochen und angepasst oder aus dem Manual entfernt.

4.2.3 Reproduzierbarkeit

Für die Interrater-Übereinstimmung der Fremdbeurteilungen wurde der prozentuale Grad der Beobachter-Übereinstimmung, die Beobachterprävalenz (vgl. Mayer, Nonn, Osterbrin & Evers, 2004) ermittelt sowie Krippendorffs α zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität (vgl. Krippendorff, 2011) errechnet. Der Vorteil von Krippendorffs α liegt darin, dass auch bei Nominaldaten die Codierungen auf Übereinstimmung verglichen werden können (vgl. Krippendorff, 2011). Bei perfekter Übereinstimmung ergibt sich $\alpha = 1$. Ein $\alpha = 0$ spricht für das Fehlen von Reliabilität (vgl. Krippendorff, 2011). Dabei können in dieser Studie keine festen Testpärchen bestimmt werden, da keine Laborsituation vorherrscht. Da immer andere Pflegefachkräfte für den jeweiligen teilnehmenden Patienten im Früh- und im Spätdienst zuständig waren, ist eher von einer zufälligen Verteilung der Testpärchen auszugehen. Der Vorteil besteht jedoch darin, dass auf diese Weise der Alltag besser wiedergespiegelt wird.

4.2.4 Bland-Altman-Analyse

Die Ergebnisse der VAS der Selbstauskunft beider ePA-Items im Vergleich mit den Werten der HADS-D Subskalen wurden als Bland-Altman-Plot unter Zuhilfenahme der z-

Transformation für Standardnormalverteilung dargestellt. Der Bland-Altman-Plot wird zur Darstellung von Messfehlern zweier Messmethoden verwendet (vgl. Bland & Altman, 1986; Bland & Altman, 2012). Dabei gilt der Mittelwert der beiden jeweiligen Messungen als beste Schätzung für den wahren Wert. Die Differenz der beiden jeweiligen Messungen zeigt den jeweiligen Messfehler der einen Methode zur anderen an. Der Bland-Altman-Plot stellt sich als Scatterplot dar, in dem den Mittelwerten der Messungen (x-Achse) die jeweiligen Differenzen der Messungen (y-Achse) zugeordnet werden. Die Linien der mittleren Differenz entsprechen dem Bias beider Methoden mit jeweils $\pm 1,96$ SD der Differenz (umfasst 95% der Vergleichspunkte), welche den „Limits of Agreement“ (Übereinstimmungsgrenzen) entsprechen. Eine geringe Abweichung der Mittelwerte spricht für einen hohen Zusammenhang der beiden Skalen (vgl. Bland & Altman, 1986; Bland & Altman, 2012). Dabei wurde das Ergebnis der einfachen Standardabweichung („Precision“) mit Cohens Effektstärken als Maß für den Unterschied beider Messmethoden verglichen. Ein Wert von ± 1 SD= 0,2 spricht dann für einen geringen Unterschied der beiden Methoden, ein Wert von ± 1 SD= 0,5 für einen mittleren und ein Wert von ± 1 SD= 0,8 für einen großen Unterschied zwischen den beiden Methoden (vgl. Fröhlich & Pieter, 2009). Bei der Berechnung wurde von normalverteilten intervallskalierten Daten ausgegangen. Die z-Transformation wurde angewendet, um die Werteabstände der VAS mit den Summenscores der HADS-D vergleichbar machen zu können.

4.2.5 Konstruktvalidität

Für die Konstruktvalidität wurde die Verteilung in der Kreuztabelle der HADS-D mit den Verteilungen in der Kreuztabelle der 1-Item-Selbsteinschätzung auf Übereinstimmung und Nichtübereinstimmung deskriptiv ausgewertet. Dazu wurde eine rohe Übereinstimmung des Anteils der Patientenbeurteilungen, die auf der Diagonale der Kreuztabelle liegen, errechnet. Damit soll gezeigt werden, ob die Patienten mit den 1-Item-Instrumenten der Selbsteinschätzung dieselbe Zuordnung für Angst und Traurigkeit erhalten, wie sie die HADS-D zuordnet.

4.2.6 Kriteriumsvalidität

Zur Bestimmung der Sensitivität und Spezifität wurden insgesamt sechs Kreuztabellen aufgestellt. Der geeignetste Schwellenwert der VAS der 1-Item-Instrumente der Selbsteinschätzung zur Unterscheidung von auffälligen und unauffälligen Patienten konnte mit Hilfe der ROC-Kurve bestimmt werden. Dabei wurde, wie im Manual der HADS-D (vgl. Hermann, 1995) empfohlen, der Cut-Off der Subskalen der HADS-D bei 7/8 festgelegt, um unauffällige Patienten von grenzwertigen und auffälligen Patienten zu unterscheiden. Des Weiteren sollte die Fläche unterhalb der ROC-Kurve („area under the curve“, AUC)

Aufschluss über die Fähigkeit der Selbstauskunft zur Unterscheidung von auffälligen und unauffälligen Patienten liefern. AUC-Werte über 75% sprechen für eine gute Diskrimination (vgl. Stephan, Wesseling, Schink & Jung, 2003). Die Validitätswerte werden mit einem 95%igen Konfidenzintervall angegeben ($CI_{95\%}$), in welchem sich zu 95% der „wahre Wert“ befindet.

4.2.7 Praktische Relevanz

Gesprächsdauer und Interventionen wurden deskriptiv ausgewertet und analysiert.

4.3 Studienpopulation

Die Untersuchung fand in den Fachkliniken der Rheumatologie (32 Betten) sowie Gefäßchirurgie (36 Betten) der HSK, Dr. Horst Schmidt Klinik, Wiesbaden statt. Die Patientengruppe stellt einerseits ein potentiell emotional belastetes Klientel dar, da sowohl in dieser internistischen als auch dieser chirurgischen Abteilung hauptsächlich Patienten mit chronischen Erkrankungen behandelt werden, die häufig eine lange Krankengeschichte mitbringen. Andererseits sollte mit der Wahl zweier unterschiedlicher Stationen die Heterogenität der Patienten hinsichtlich ihrer Erkrankungen erhöht werden.

Die Rekrutierung erfolgte durch die Untersucherin auf Station. Die Untersucherin arbeitete als Praktikantin im Stationsbetrieb mit. Gemeinsam mit dem Stationspersonal wurde entschieden, welcher Patient rekrutiert werden konnte.

Einschlusskriterien der Patienten

- Alter ≥ 18
- der deutschen Sprache in Wort und Schrift mächtig
- geplanter Aufenthalt mind. 3 Tage
- Einverständniserklärung des Patienten liegt vor

Ausschlusskriterien der Patienten

- Stark reduzierter Allgemeinzustand oder kognitive Einschränkung, die eine Einwilligungserklärung oder Bearbeitung der Fragebögen ausschließt
- Ambulante Patienten
- Fehlendes oder zurückgezogenes Einverständnis

Potentielle Teilnehmer wurden durch die Untersucherin auf die Studie hin angesprochen. Sie erhielten einen Aufklärungsbogen sowie eine Einverständniserklärung (Version 4, siehe Anhang 8). Am Vormittag des darauffolgenden Tages wurde der Patient erneut aufgesucht und bei Vorliegen der unterschriebenen Einverständniserklärung die

Befragung mittels Fragebogen sowie die Fremdbeurteilungen durch die Pflegefachkräfte durchgeführt.

Es wurde eine Stichprobengröße von 100 Patienten angestrebt. Im Rahmen der Masterthesis fand keine statistische Fallzahlberechnung statt. Rattray und Jones (2007) empfehlen für die erste Validierungsstudie eine kleinere Stichprobe mit $N < 100$ Personen. In Anlehnung an die zahlreichen publizierten Validierungsstudien zur HADS-D, in denen häufig eine Fallzahl um die 100 Probanden gewählt wurde (vgl. Brennan et al., 2010), und in Anbetracht der zeitlichen Limitierung sollte auch in der vorliegenden Untersuchung dies als Richtwert dienen.

4.4 Ethische Betrachtung

Teil des pflegerischen Handelns sollte es sein, Ausprägungen von Angst und Trauer sensibel wahrzunehmen und auf sie zu reagieren. Angst und Trauer gehören zum pflegerischen Aufgabenbereich und werden in der Dokumentation mehr oder weniger umfassend erhoben. Die entwickelten 1-Item-Instrumente sollen die Aufmerksamkeit für psychosoziale Phänomene stärker ins Blickfeld rücken. Sie bieten zudem die Chance, das zugehörige Handeln (zum Beispiel „Da sein für den Patienten“) als pflegerisches Handeln herauszustellen und sichtbar zu machen. Um einen möglicherweise durch die explizite Befragung des Patienten ausgelösten Handlungsbedarf erfüllen zu können, bedarf es eines strukturierten Hilfeangebotes seitens der Klinik. Vor dem Einsatz der Instrumente fand deshalb eine Schulung des Personals statt (siehe Anhang 5), in der nicht nur die Anwendung der Paper-Pencil-Testung und der Verlauf der Studie im Mittelpunkt standen, sondern auch die möglichen Interventionen (siehe auch Informationsbroschüre, Anhang 9). Darüber hinaus wurde der psychoonkologische Dienst sowie die Seelsorge der Klinik in die Planung der Studie einbezogen und damit über einen möglichen Handlungsbedarf, der durch die Studie ausgelöst werden könnte, informiert. Sowohl der psychoonkologische Dienst als auch die Seelsorge der Klinik standen den Patienten auf Anfrage zur Verfügung (auch unabhängig von der Studie).

Eine Aufklärung des Patienten zur Teilnahme an dieser Untersuchung erfolgte bereits am Vortag der eigentlichen Befragung, um dem Patienten genügend Bedenkzeit einzuräumen. Für die Befragung musste eine Einverständniserklärung des Patienten vorliegen. Das gesamte Untersuchungsvorhaben wurde von der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg begutachtet. Sie hatte keine Einwände zur Durchführung der Studie (siehe Anhang 10).

5 Ergebnisse

5.1 Inhaltsvalidität

Zur Überprüfung der Inhaltsvalidität konnten Experten aus der Psychiatrie, der Psychoonkologie und der Palliativpflege gewonnen werden. Die Experteninterviews verliefen jeweils in ruhiger Atmosphäre in einem gemeinsamen Gespräch zu zweit.

Anhang 11 zeigt die zusammengefasste Auswertung der drei Experteninterviews. Besonders die Symptombeschreibungen der jeweiligen Emotionen konnten dadurch angepasst und vereinfacht werden. Des Weiteren wurde aus den Experteninterviews die Erkenntnis gewonnen, dass es empfehlenswert wäre, die Stärke von Kummer/ Traurigkeit ebenfalls mit einer VAS zu messen. Deren Abstufungen wurden nach Vorbild der SAS (SAS Skalierung 0-100 übertragen auf VAS 0-10) (vgl. Zung, 1980 in Steinmayr & Reuschenbach, 2011, S. 451) auf eine ePA-konforme Erfassung (Abstufung S.4 [keine Ausprägung] bis S.1 [starke Ausprägung]) (vgl. ePA-CC, 2011) angepasst.

5.2 Kognitiver Pretest

Insgesamt konnten fünf Pretests mit Pflegefachkräften durchgeführt werden. Diesen wurden ein Fragenkatalog zur Verständlichkeit sowie das auf Basis der Expertengespräche (siehe Kapitel 5.1) angepasste Manual ausgehändigt. Keiner der Pflegefachkräfte gab an, das Manual oder einzelne Begriffe nicht verstanden zu haben, und sie empfanden es einfach in der Ausführung.

Für die Verständlichkeit der Fragestellung in der Selbsteinschätzung wurden zunächst fünf Patienten befragt. Die Patienten wurden in Vier-Augen-Gesprächen persönlich interviewt. Dabei sollten sie zunächst die Fragen der beiden 1-Item-Instrumente beantworten und dann beschreiben, wie sie die Begriffe Angst/ Furcht bzw. Kummer/ Traurigkeit verstehen. Dabei konnte festgestellt werden, dass Patienten bei der Befragung mit dem Begriff Kummer weniger zurechtkamen, und die Frage „Wenn Sie an Ihre derzeitige Situation denken, inwieweit fühlen Sie sich traurig, niedergeschlagen oder bedrückt?“ als drei verschiedene Fragen aufgefasst haben und diese auch entsprechend unterschiedlich beantwortet haben. Die genauen Fragestellungen der beiden 1-Item-Instrumente wurden angepasst und ihre Verständlichkeit in einem weiteren Pretest belegt.

Die Endfassung des Manuals aufgrund der Experteninterviews und der Pretests ist in Anhang 12 zu finden. Die geänderten Fragestellungen der Selbstauskunft aufgrund des Pretests lauteten für die Untersuchung „Wenn Sie an Ihre derzeitige Situation denken.

Inwieweit bereitet sie Ihnen Angst?“ und analog dazu die Frage „Inwieweit bereitet sie Ihnen Traurigkeit?“ (siehe auch Anhang 7, Anhang 12).

5.3 Strukturelle und inhaltliche Beschreibung der klinischen Anwendung

5.3.1 Beschreibung der Rahmenbedingungen

Die Fragebogenerhebung und Fremdeinschätzungen durch das Pflegepersonal fanden in einem Zeitraum von 8 Wochen statt (18.06.2012 bis 03.08.2012). Dabei hat die Untersucherin jeweils Montag, Mittwoch und Freitag auf der rheumatologischen Station sowie Dienstag und Donnerstag auf der gefäßchirurgischen Station im Frühdienst als Pflegefachkraft mitgearbeitet. Dies bot die Möglichkeit, sowohl die Patienten als auch das Personal näher kennen zu lernen und Berührungsängste seitens der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Fremdeinschätzungen abzubauen. Der Zeitraum der Erhebung lag in der Zeit der Sommerferien. Aus den Rückmeldungen der Kollegen konnte eine extreme Belastung und eine als knapp empfundene Personalbesetzung auf den Stationen wahrgenommen werden. Die Mitarbeit durch die Untersucherin wurde dankend angenommen. Zumeist waren die Stationen im Frühdienst mit drei Pflegefachkräften auf der rheumatologischen Station (32 Betten) und vier Pflegefachkräften auf der gefäßchirurgischen Station (36 Betten) besetzt. Der Spätdienst war jeweils mit zwei Pflegefachkräften besetzt. Gepflegt wurde nach dem Konzept der Bereichspflege, sodass die Patienten pro Schicht einen festen Ansprechpartner aus der Pflege hatten und die Pflegefachkraft ihre Patienten im jeweiligen Bereich kannte. Auf beiden Stationen wurde die Arbeitsbelastung in der Pflege durch die Art der Erkrankungen der Patienten und dem damit verbundenen pflegerischen Aufwand als sehr hoch eingeschätzt. Die rheumatologische Station betreut neben Patienten mit schweren chronischen rheumatologischen Krankheitsbildern auch interdisziplinär Patienten der Gastroenterologie, Nephrologie und Neurologie. Die Mitarbeiter der gefäßchirurgischen Station betreuen Patienten jeden Alters mit aufwändigen Eingriffen (z. B. Aortendissektion des Bauch- oder Brusttraums) oder chronischen Wunden bzw. Amputationen und den damit verbundenen Anforderungen an die Mobilisation der Patienten nach adäquaten Plänen.

5.3.2 Beschreibung des Vorgangs der Befragung

Die an der Studie teilnehmenden Patienten wurden nach einem festen Schema befragt (siehe auch Fragebogen, Anhang 7). Die Befragung sollte in einer möglichst ruhigen und entspannten Atmosphäre erfolgen. Zumeist fand das Gespräch im Patientenzimmer statt,

wobei der Patient gefragt wurde, ob es ihn störe, wenn der Zimmernachbar mit zuhören würde. Die Untersucherin setzte sich ans Bett oder an den Tisch direkt zum Patienten. Daraufhin wurde nochmal kurz erklärt, welchen Ablauf die Untersuchung haben würde. Zunächst wurden beide Fragen entsprechend der Selbsteinschätzung des Manuals unter Zuhilfenahme der VAS gestellt („Wenn Sie an Ihre derzeitige Situation denken. Inwieweit bereitet sie Ihnen Angst, wenn Sie zwischen null „keine Angst“ und zehn „schlimmst mögliche Angst“ entscheiden könnten?“ [analog dazu die Frage „Inwieweit bereitet sie Ihnen Traurigkeit?“]). Wenn der Patient einen Wert über null angegeben hatte, wurde nach dem Grund der Angst respektive Traurigkeit gefragt („Was ist der Grund für Ihre Angst?“ [Analog dazu die Frage „Was ist der Grund für Ihre Traurigkeit?“]). Je nach Äußerungen des Patienten auf die Fragen der Untersucherin wurden Interventionsangebote, wie der Seelsorge, des Psychoonkologen oder einer weiteren Gesprächsführung, gemacht. Im Anschluss des Gespräches wurde dem Patienten der Fragebogen mit der HADS-D und allgemeinen Angaben zur Person ausgehändigt. Hatte der Patient selbst nicht die konstitutionelle Möglichkeit, den Fragebogen selbst auszufüllen (z. B. bei grauem Star, Bewegungseinschränkungen, Schwäche), ging die Untersucherin die Fragen gemeinsam mit dem Patienten durch. Ansonsten verließ sie den Raum während des Ausfüllens. Der Fragebogen wurde nach einigen Minuten wieder abgeholt und der Patient nochmal auf Fragen oder Hilfebedarf angesprochen.

5.3.3 Beschreibung der Fremdbeurteilungen

Wenn die Einverständniserklärung des Patienten vorlag, sollte von der zuständigen Pflegefachkraft des Früh- (Rater 1) und Spätdienstes (Rater 2) das Formular zur Fremdbeurteilung ausgefüllt werden. Die Fremdbeurteilungen sollten auf Grundlage des entwickelten Manuals geschehen, damit alle Pflegefachkräfte auf Basis des gleichen Definitionsbereiches für die Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit beurteilen konnten. Die Pflegefachkräfte im Frühdienst konnten dabei direkt von der Untersucherin um das Ausfüllen gebeten werden, mit dem Hinweis, dass das Formular für den Spätdienst in der Akte des Patienten vorzufinden sei. Wenn eine Pflegefachkraft Fragen zum Ausfüllen des Formulars hatte, konnte sie entweder die Untersucherin direkt ansprechen oder die für die Untersuchung vorbereitete Informationsbroschüre (siehe Anhang 9) zu Rate ziehen. Darüber hinaus wurden vor der Untersuchung den Stationen Anwenderschulungen angeboten. Zu Beginn gab es dennoch Schwierigkeiten bei der Benennung der richtigen Kategorien, obwohl die Zahlensystematik der elektronischen Pflegedokumentation im Haus entspricht (4= kein Hinweis auf die jeweilige Emotion; 1= Hinweis auf die jeweilige Emotion). Es konnten drei fehlende Werte des 2. Raters (Spätdienst) festgestellt werden, da eine Pflegefachkraft die Formulare nicht ausfüllte.

5.4 Stichprobe

5.4.1 Rücklauf der Fragebögen

Die angestrebte Stichprobengröße von 100 Patienten konnte erreicht werden. Dabei willigten 67% der insgesamt 150 Patienten, welche die Patienteninformation erhalten hatten und um Einverständnis gebeten worden waren, in die Teilnahme ein und konnten befragt werden. Die Mehrheit der Patienten, welche nicht in die Teilnahme einwilligten, gab an, kein Interesse an der Untersuchung zu haben. Drei Patienten äußerten emotionale Bedenken an einer Teilnahme zur Studie (siehe Abbildung 3).

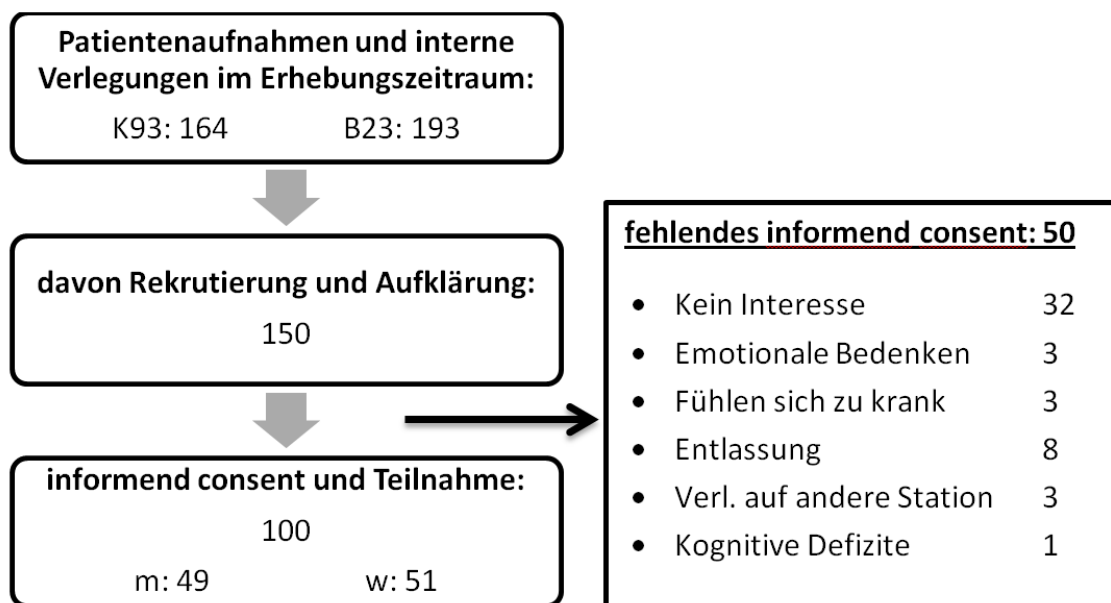


Abbildung 3: Flow-Chart (rheumatologische Abteilung K93, gefäßchirurgische Abteilung B23)

5.4.2 Soziodemografische Daten

Es beteiligten sich 51 Frauen und 49 Männer an der Untersuchung. Tabelle 1 zeigt die soziodemografischen Daten mit Verteilung der Altersgruppen

Tabelle 1: Soziodemographische und psychosoziale Daten der Patienten

	Männlich	Weiblich	Gesamt
N (%)			
Studienteilnahme	49	51	100
Altersgruppe			
18-25	0 (0)	1 (2)	1
26-35	1 (2)	4 (8)	5
36-45	6 (12)	7 (14)	13
46-55	3 (6)	7 (14)	10
56-65	9 (18)	12 (23)	21
66-75	14 (29)	12 (23)	26
76-85	12 (25)	7 (14)	19
86-95	4 (8)	1 (2)	5
Familienstand			
Allein lebend	9 (18)	14 (28)	23
Mit Partner	22 (45)	21 (41)	43
Mit Familie	18 (37)	15 (29)	33
Andere	0 (0)	1 (2)	1
Anzahl Kinder	46	48	94
0	8 (17)	13 (27)	21 (22)
1	14 (30)	12 (25)	26 (28)
2	13 (28)	16 (33)	29 (31)
≥3	11 (25)	7 (15)	18 (19)
Grund des Klinikaufenthaltes			
Rheumatologische Erkrankung	8 (16)	31 (61)	39
Gefäßchirurgische Erkrankung	23 (47)	12 (23)	35
Onkologische Erkrankung	1 (2)	0 (0)	1
Herz-/ Kreislaferkrankung	5 (10)	0 (0)	5
Neurologische Erkrankung	0 (0)	1 (2)	1
Andere	12 (25)	7 (14)	19
MW ±SD (Range)			
HADS-D: Summenscore Subskala Angst	6 ±4 (6; 0-15)	8 ±4 (7; 1-16)	7 ±4 (7; 0-16)
HADS-D: Summenscore Subskala Depression	5 ±4 (4; 0-18)	7 ±3 (7; 1-15)	6 ±4 (5; 0-18)
Selbsteinschätzung durch den Patienten			
Angst-Item: VAS-Wert (0-10)	4 ±3 (3; 0-10)	4 ±3 (5; 0-10)	4 ±3 (4; 0-10)
Traurigkeit-Item: VAS-Wert (0-10)	2 ±2 (1; 0-10)	4 ±3 (3; 0-10)	3 ±3 (2; 0-10)
N (%)			
HADS-D: Subskala Angst			
unauffällige Pat. (HADS <8)	35 (72)	28 (55)	63
grenzwertige Pat. (HADS 8-10)	9 (18)	10 (20)	19
auffällige Pat. (HADS >10)	5 (10)	13 (25)	18

HADS-D: Subskala Depression			
unauffällige Pat. (HADS <8)	41 (84)	30 (59)	71
grenzwertige Pat. (HADS 8-10)	4 (8)	15 (29)	19
auffällige Pat. (HADS >8)	6 (12)	14 (28)	20
auffällige Pat. (HADS >10)	4 (8)	6 (12)	10
Angst-Item: Selbsteinschätzung durch den Patienten nach ePA-konformer Einteilung			
S.4: Der Patient gibt keine Angst an; entsprechend VAS 0	16 (33)	11 (21)	27
S.3: Der Patient gibt leichte Angst an, entsprechend VAS 1-3	10 (20)	10 (20)	20
S.2: Der Patient gibt mittelstarke Angst an, entsprechend VAS 4-6	12 (25)	18 (35)	30
S.1: Der Patient gibt starke Angst an, entsprechend VAS 7-10	11 (22)	12 (24)	23
Traurigkeit-Item: Selbsteinschätzung durch den Patienten nach ePA-konformer Einteilung			
S.4: Der Patient gibt keine Traurigkeit an; entsprechend VAS 0	24 (49)	15 (29)	39
S.3: Der Patient gibt leichte Traurigkeit an, entsprechend VAS 1-3	15 (31)	11 (21)	26
S.2: Der Patient gibt mittelstarke Traurigkeit an, entsprechend VAS 4-6	6 (12)	13 (26)	19
S.1: Der Patient gibt starke Traurigkeit an, entsprechend VAS 7-10	4 (8)	12 (24)	16
Fremdeinschätzung durch die Pflegefachkraft nach ePA-konformer Einteilung:			
F.1: Hinweise für Item-Ausprägungen liegen vor			
Hinweise für Kummer/ Traurigkeit liegen vor (RATER 1: Frühdienst) (N= 100)	8 (16)	18 (35)	26
Hinweise für Angst/ Furcht liegen vor (RATER 1: Frühdienst) (N= 100)	13 (27)	19 (37)	32
Hinweise für Kummer/ Traurigkeit liegen vor (RATER 2: Spätdienst) (N= 97)	7 (15)	14 (28)	21 (22)
Hinweise für Angst/ Furcht liegen vor (RATER 2: Spätdienst) (N= 97)	12 (26)	11 (22)	23 (24)
Legende: Anzahl N, Anteil zur Grundgesamtheit der Studienpopulation (%), Mittelwert MW, Standardabweichung ±SD, Spannweite (Range)			

Mit dem Partner oder der Familie leben 76% der Patienten, 88% aller Patienten haben ein oder mehrere Kinder. Von den 23 Patienten, die zu Hause allein leben, haben 16 Kinder. Bei den befragten Patienten gaben 39 an, wegen einer rheumatologischen Erkrankung stationär aufgenommen zu sein, 35 gaben an, dass der Krankenhausaufenthalt wegen einer gefäßchirurgischen Erkrankung geschah, 26 Patienten waren wegen onkologischer (1%), Herz-/Kreislauf- (5%), neurologischer (1%) und anderer Erkrankungen (19%) im Krankenhaus. Dabei waren die Mehrzahl (61%) der Frauen in rheumatologischer Behandlung (Männer 16%) während Männer mit 47% hauptsächlich gefäßchirurgisch behandelt wurden (Frauen 23%).

5.4.3 Prävalenz von Angst und Traurigkeit nach HADS-D, Selbstauskunft und Fremdeinschätzung

HADS-D: Die HADS-D unterscheidet in den jeweiligen Subskalen unauffällige (Summenscore ≤ 7) von grenzwertigen (Summenscore 8-10) und auffälligen (Summenscore ≥ 11) Patienten (vgl. Hermann, 1995). Tabelle 2 und 3 zeigen die Kreuztabellen der Patienten mit auffälligen Ausprägungen von Angst und Depression bei unterschiedlichen Cut-Off-Werten. (siehe auch Histogramme, Anhang 13)

Tabelle 2: Vierfelder-Tafel HADS-D; Unterscheidung unauffällige von auffälligen Patienten (Cut-Off der Subskalen 7/8)

Anzahl der Patienten (N)	Subskala Depression >7: auffällige Patienten	Subskala Depression <8: unauffällige Patienten	GESAMT
Subskala Angst >7: auffällige Patienten	20	17	37
Subskala Angst <8: unauffällige Patienten	9	54	63
GESAMT	29	71	100

Tabelle 3: Vierfelder-Tafel HADS-D; Unterscheidung unauffällige von auffälligen Patienten (Cut-Off der Subskalen 10/11)

Anzahl der Patienten (N)	Subskala Depression >10: auffällige Patienten	Subskala Depression <11: unauffällige Patienten	GESAMT
Subskala Angst >10: auffällige Patienten	5	13	18
Subskala Angst <11: unauffällige Patienten	5	77	82
GESAMT	10	90	100

Demnach sind in der vorliegenden Untersuchung 63% der Patienten ohne klinisch relevante Ausprägungen von Angst, und 71% ohne klinisch relevante Ausprägungen von Depression. Bei jeweils 19% der Patienten liegen in den jeweiligen Subskalen grenzwertige Ausprägungen vor. Von allen befragten Patienten haben demnach 10 auffällige Werte, die nach den Autoren der HADS-D (vgl. Herman, 1995) auf eine klinisch bedeutsame Depression hinweisen können, 18 haben auffällige Werte für eine klinisch relevante Angst. Sowohl im grenzwertigen als auch im auffälligen Bereich der beiden Subskalen sind dabei mehr Frauen als Männer betroffen (siehe Tabelle 1). Bei 19 der 39 Patienten (49%) mit rheumatologischen Erkrankungen lagen die HADS-D Werte im Bereich klinisch relevanter Angstproblematik, bei Patienten mit gefäßchirurgischen Erkrankungen waren es 10 von 35 Patienten (29%). Hinweise auf laut HADS-D klinisch relevante Depression finden sich bei 13 der 39 (33%) rheumatologischen Patienten und bei 7 der 35 (20%) gefäßchirurgischen Patienten. Diese Ergebnisse sind auch vergleichbar

mit anderen Untersuchungen (vgl. Covic et al., 2012; Krannich et al., 2007; Kurre, Straumann, van Gool, Gloor-Juzi & Bastiaenen, 2012).

Für die weitere Bearbeitung der Daten wurde entschieden, die als grenzwertig eingestuften Patienten zur Gruppe der auffälligen Patienten zu zählen. Dieser Überlegung liegt zu Grunde, dass die ePA-Items eher prädiktiv einsetzbar sein sollen und frühzeitig Hinweise auf eine Problematik geben sollen.

Selbstauskunft: Die VAS des Angst- und Traurigkeitsitems in der Selbsteinschätzung wurde nach Vorbild der ePA-AC-Einteilung des Items „Schmerzstärke“ und in Anlehnung an die Auswertungssystematik der Self-Rating Anxiety Scale (vgl. Zung, 1980 in Steinmayr & Reuschenbach, 2011, S. 451) in die vier Abstufungen „S.4: Der Patient gibt keine Angst/ Traurigkeit an; entsprechend VAS 0“, „S.3: Der Patient gibt leichte Angst/ Traurigkeit an, entsprechend VAS 1-3“, „S.2: Der Patient gibt mittelstarke Angst/ Traurigkeit an, entsprechend VAS 4-6“ und „S.1: Der Patient gibt starke Angst/ Traurigkeit an, entsprechend VAS 7-10“ unterteilt (siehe Anhang 12).

Danach haben 27 Patienten keine Angst (S.4) angegeben, 20 litten unter leichter Angst (S.3), 30 ordneten sich in die mittelstarke Angst ein (S.2) und 23 befanden sich in der Gruppe der starken Angst (S.1). Entsprechend gaben 39 Patienten keine Traurigkeit an (S.4), 26 bereitete die Situation leichte Traurigkeit (S.3), 19 sprachen von mittelstarker (S.2) und 16 Patienten von starker Traurigkeit (S.1). Auch hier haben Frauen häufiger angegeben, mittelstarke bis starke Angst bzw. Traurigkeit zu empfinden als Männer. In dieser Unterteilung zeigt es sich, dass deutlich mehr Patienten Angst und Traurigkeit in unterschiedlicher Ausprägung angaben, als durch die HADS-D Subskala ermittelt wurde. Für die Darstellung der Vierfelder-Tafel (siehe Tabelle 4) wurden die Gruppen S4 und S3 als unauffällige Patienten eingestuft, die Gruppen S2 und S1 als auffällige Patienten (siehe auch Histogramme, Anhang 13).

Tabelle 4: Vierfelder-Tafel der ePA-Items Selbstauskunft; Unterscheidung auffällige (Gruppe S1 und S2) und unauffällige (Gruppe S3 und S4) Patienten

Anzahl der Patienten (N)	Kummer/ Traurigkeit: auffällige Patienten	Kummer/ Traurigkeit: unauffällige Patienten	GESAMT
Angst/ Furcht: auffällige Patienten	27	26	53
Angst/ Furcht: unauffällige Patienten	8	39	47
GESAMT	35	65	100

Fremdeinschätzung: In der Fremdeinschätzung sollte die Pflegefachkraft angeben, ob Hinweise auf Angst/ Furcht respektive Kummer/ Traurigkeit vorliegen (F.1) oder nicht (F.2) (siehe Anhang 12). Im Frühdienst (Rater 1) sahen die Pflegefachkräfte bei 26 der 100 Patienten Hinweise auf Kummer/ Traurigkeit und bei 32 der 100 Patienten Hinweise auf Angst/ Furcht. Die Pflegefachkräfte des jeweiligen Spätdienstes (Rater 2) sahen bei 22% der befragten Patienten Hinweise auf Kummer/ Traurigkeit und bei 24% der Patienten Hinweise für Angst/ Furcht (siehe Tabelle 5 und 6).

Tabelle 5: Vierfelder-Tafel der ePA-Items Fremdbeurteilung Rater 1

Anzahl der Patienten (N)	Hinweise für Kummer/ Traurigkeit: ja	Hinweise für Kummer/ Traurigkeit: nein	GESAMT
Hinweise für Angst/ Furcht: ja	18	14	32
Hinweise für Angst/ Furcht: nein	8	60	68
GESAMT	26	74	100

Tabelle 6: Vierfelder-Tafel der ePA-Items Fremdbeurteilung Rater 2

Anzahl der Patienten (N)*	Hinweise für Kummer/ Traurigkeit: ja	Hinweise für Kummer/ Traurigkeit: nein	GESAMT
Hinweise für Angst/ Furcht: ja	12	11	23
Hinweise für Angst/ Furcht: nein	9	65	74
GESAMT	21	76	97

*3 fehlende Werte, da eine Pflegefachkraft die Formulare nicht ausfüllte.

5.5 Reproduzierbarkeit der Fremdeinschätzungen

Tabelle 7 zeigt die Beobachterübereinstimmungen des Früh- und Spätdienstes.

Tabelle 7: Interrater-Übereinstimmung der Fremdbeurteilungen der ePA-Items

Anzahl der Patienten (N)		Rater 1		GESAMT
		TRAURIGKEIT+	TRAURIGKEIT-	
Rater 2	TRAURIGKEIT+	11	10	21
	TRAURIGKEIT-	15	61	76
	GESAMT	26	71	97

Anzahl der Patienten (N)*		Rater 1		GESAMT
		ANGST+	ANGST-	
Rater 2	ANGST+	10	13	23
	ANGST-	21	53	74
	GESAMT	31	66	97

*3 fehlende Werte, da eine Pflegefachkraft die Formulare nicht ausfüllte.

Für das ePA-Item Angst/ Furcht der Fremdbeurteilung liegt der prozentuale Grad der Beobachter-Übereinstimmung bei 65%. Bei 53 Patienten wurden übereinstimmend keine Hinweise auf Angst festgestellt. Bei 34 der übrigen 44 Patienten waren sich die Beurteiler jedoch uneinig, ob Hinweise für Angst/ Furcht vorlagen. Die Beobachterprävalenz liegt somit nur bei 23% (10/ 44 Patienten). Krippendorffs α , welches die Reihenfolge der Rater berücksichtigt sowie nach den zufällig zu erwartenden Übereinstimmungen korrigiert, liegt dabei lediglich bei 0,1 ($\pm CI_{95\%}$ 0,1; 0,4).

Ähnliche Werte zeigen die Fremdbeurteilungen des ePA-Items Kummer/ Traurigkeit, welches ebenfalls einen relativ hohen prozentualen Grad der Übereinstimmungen von 74% aufweist. Dabei muss jedoch wieder berücksichtigt werden, dass bei 61 der 97 Beurteilungen (63%) übereinstimmend keine Traurigkeit festgestellt wurde. Bei den verbleibenden 36 Patienten gab es nur 11 Patienten, die von beiden Ratern übereinstimmend mit Hinweisen auf Kummer/ Traurigkeit (Beobachterprävalenz: 31%) beurteilt wurden. Bei 25 Patienten waren sich die Beurteiler uneinig (69%). Das Reliabilitätsmaß Krippendorffs α liegt für das ePA-Item Kummer/ Traurigkeit bei 0,3 ($\pm CI_{95\%}$ 0,1; 0,5).

Diese geringen Werte bedeuten, dass es den Pflegefachkräften im Früh- und Spätdienst nicht reproduzierbar gelungen ist, die Patienten mit Hilfe der ePA-Items den gleichen Ausprägungen zuzuordnen.

5.6 Bland-Altman-Plot

Die VAS-Skalen der beiden ePA-Items der Selbstauskunft sollten auf den Umfang von Messfehlern mit den jeweiligen Subskalen der HADS-D geprüft werden. Dazu wurde eine Bland-Altman Analyse durchgeführt (z-transformierte Daten, um die unterschiedlichen Skalenwerte annähernd vergleichbar zu machen; Einheit: Standardabweichung SD). Somit entstehen in der Darstellung des Bland-Altman-Plots Standardabweichungen (SD) der Standardabweichungsdifferenzen ($SD_{\text{Differenz}}$).

Der Bland-Altman-Plot der VAS Angst in der Selbstauskunft und der Subskala Angst der HADS-D zeigt, dass der Bias (Durchschnitt der Differenzen) bei 0,0 $SD_{\text{Differenz}}$ ($\pm CI_{95\%}$ -0,18; 0,18) liegt (siehe Abbildung 4).

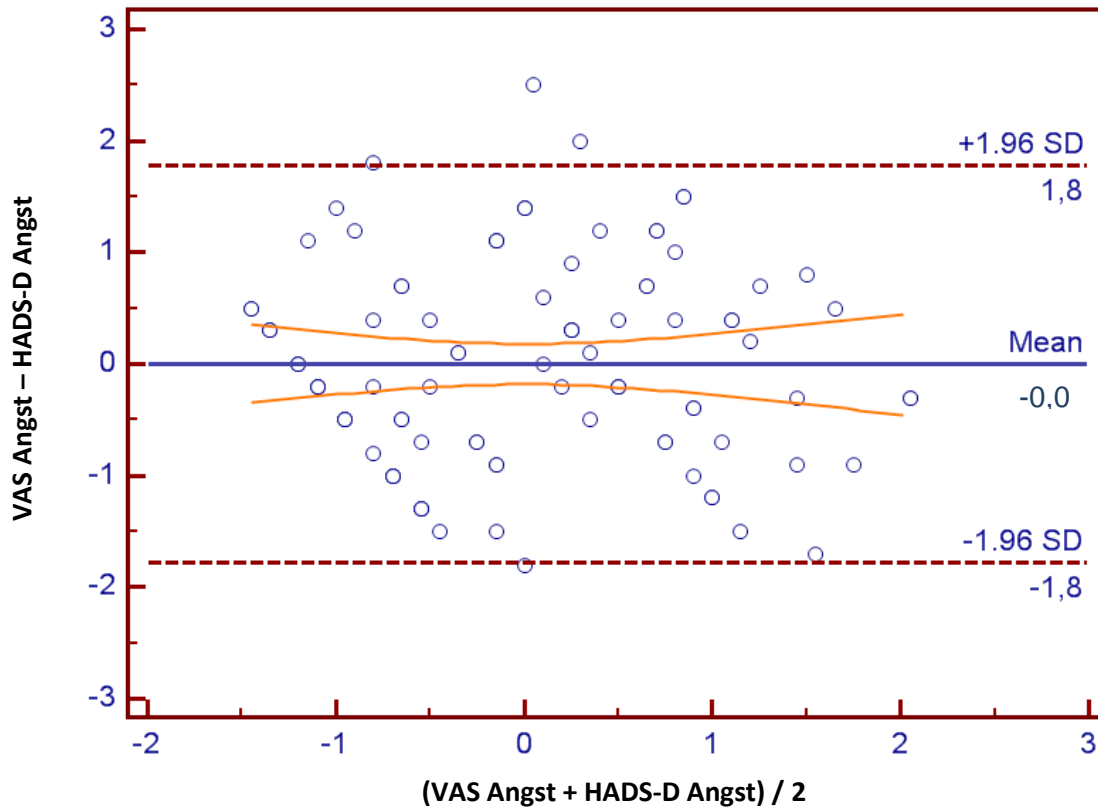


Abbildung 4: Bland-Altman-Plot VAS Angst und HADS-D Angst (z-transformierte Werte)

Die unteren bzw. oberen Übereinstimmungsgrenzen befinden sich bei $-1,96 \text{ SD} = -1,8$ $\text{SD}_{\text{Differenz}} (\pm \text{CI}_{95\%} -2,1; -1,5)$ bzw. $1,96 \text{ SD} = 1,8$ $\text{SD}_{\text{Differenz}} (\pm \text{CI}_{95\%} 1,5; 2,1)$. Das bedeutet, dass 95% der z-transformierten Werte der VAS Angst bis zu $-1,8 \text{ SD}$ und bis zu $1,8 \text{ SD}$ von der z-transformierten HADS-D Subskala abweichen können.

Obwohl man annehmen könnte, dass ein proportionaler Fehler vorliegt, liegt die Regressionsgerade beinahe auf der Mittelwertgerade der Differenzen. Dennoch entsteht in Abbildung 4 der Eindruck, die Punktwolke sei rautenförmig. Es zeigt sich, dass die Werte zwar relativ gleichmäßig, jedoch sehr breit um den Mittelwert der beiden Differenzen streuen. Nach Cohens Effektmaßen spricht $1 \text{ SD} = 0,9 \text{ SD}_{\text{Differenz}}$ für einen starken Unterschied der beiden Messmethoden. Die VAS für Angst scheint gegenüber den HADS-D Summenscores für Angst mit starken Messfehlern zu arbeiten.

Zwei Patienten liegen außerhalb der Übereinstimmungsgrenzen, welche einen hohen ePA-Selbstauskunftswert bei einem sehr niedrigen HADS-Wert haben. Diese beiden Patienten gaben an, vor einer erneuten Erkrankung Angst zu haben (Schlaganfall, Tumorerkrankung). Ein Patient sagte dazu, dass er mit der Angst umgehen könne und Hoffnung habe, nach dem Eingriff eine bessere Chance auf Heilung zu haben.

Der Bland-Altman-Plot der VAS Traurigkeit in der Selbstauskunft und der Subskala Depression der HADS-D zeigt, dass der Bias (Durchschnitt der Differenzen) bei ebenfalls 0,0 $SD_{\text{Differenz}}$ ($\pm CI_{95\%} -0,2; 0,2$) liegt (siehe Abbildung 5).

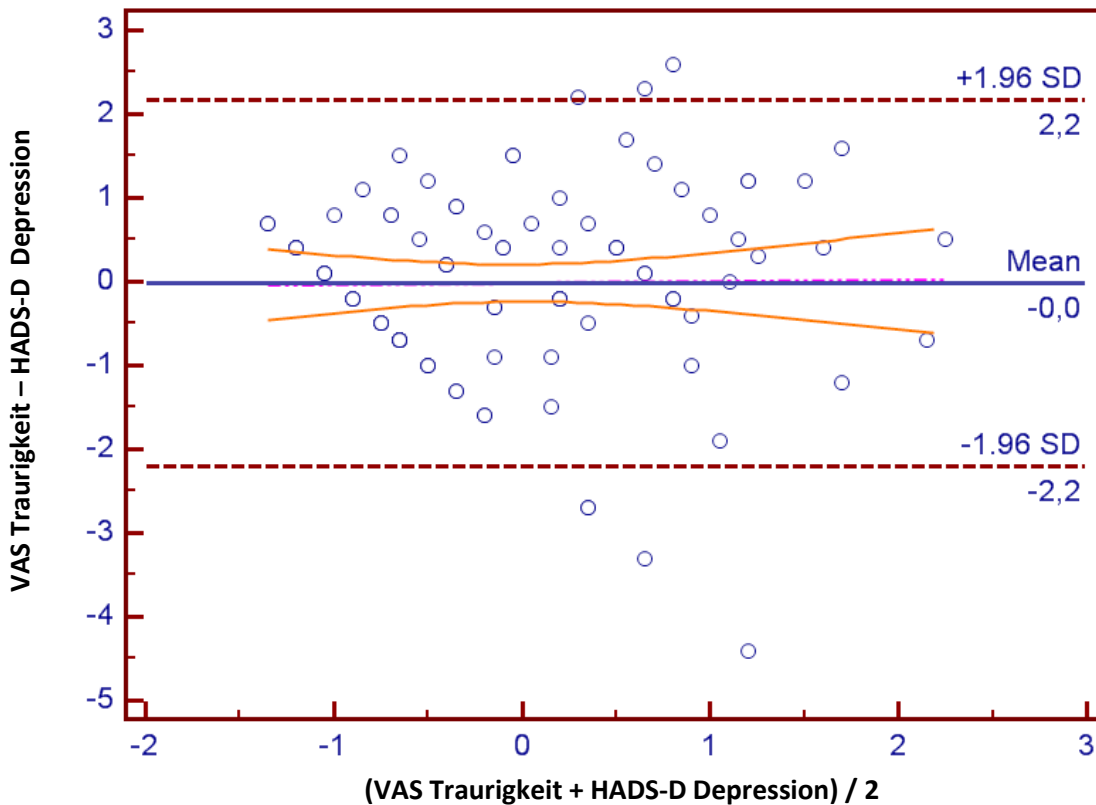


Abbildung 5: Bland-Altman-Plot der VAS Traurigkeit und HADS-D Depression (z-transformierte Werte)

Die unteren bzw. oberen Übereinstimmungsgrenzen befinden sich bei $-1,96 SD = -2,2$ $SD_{\text{Differenz}}$ ($\pm CI_{95\%} -2,6; -1,8$) bzw. $1,96 SD = 2,2$ $SD_{\text{Differenz}}$ ($\pm CI_{95\%} 1,8; 2,5$). Das bedeutet, dass 95% der z-transformierten Werte der VAS Traurigkeit bis zu $-2,2 SD$ und bis zu $2,2 SD$ von der z-transformierten HADS-D Subskala Depression abweichen können. Dies ist eine noch größere Abweichung, als es bei der VAS Angst der Fall ist.

Auch hier liegt die Regressionsgerade beinahe auf der Nulllinie, sodass nicht von einem proportionalen Fehler ausgegangen werden kann. Abbildung 5 zeigt, dass die Werte scheinbar sehr stark streuen, wobei auch hier der Eindruck einer Raute als Muster entsteht. Die einfache Standardabweichung der Standardabweichungsdifferenzen liegt bei $1,1 SD_{\text{Differenz}}$, was nach Cohens Effektmaßen bereits außerhalb der Beurteilungsgrenzen liegt. Der Messfehler der VAS für Traurigkeit gegenüber dem HADS-D Summenscore für Depression scheint also sehr groß zu sein.

Auch hier liegen Werte außerhalb der Übereinstimmungsgrenzen. Zwei Patienten gaben einen wesentlich höheren VAS-Wert an, als der HADS-D Summenscore ermittelt hatte.

Einer der beiden Patienten gab als Grund für den hohen VAS-Wert bei Traurigkeit eine tiefe Enttäuschung und Wut über den Verlust an Selbstständigkeit an, hatte im HADS-D Depression aber lediglich 4 Punkte im Summenscore erreicht. Der zweite Patient gab an, dass er momentan das Gefühl habe, dass die Krankheit alles kaputt mache und er deshalb so traurig sei. In vier weiteren Fällen lag ein niedriger VAS-Wert bei hohem HADS-D Summenscore vor. Ein Patient gab an, sich nicht traurig zu fühlen, sondern eher enttäuscht zu sein. Ein weiterer gab an, starke Angst vorm Alleinsein zu haben und an unklaren Angstzuständen zu leiden, aktuell aber keine Angst oder Traurigkeit zu verspüren, sich im Umfeld der Station gut aufgehoben zu fühlen. Die beiden anderen Patienten fallen noch extremer aus dem Bereich der Übereinstimmungsgrenzen.

5.7 Konstruktvalidität

Die HADS-D hat den Anspruch, zwischen dem Phänomen Angst und dem Phänomen Depression valide zu differenzieren. Auch die beiden ePA-Items sollen unterschiedliche Konzepte messen, nämlich Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit. Dafür wurde deskriptiv analysiert, ob derselbe Patient, welcher in der HADS-D bspw. Punktwerte für Hinweise auf Angst aber keine Hinweise auf Depression erreicht hat, sich ebenfalls mit Hilfe der VAS in der Selbsteinschätzung mit Angst aber keiner Traurigkeit einordnet usw. Dazu wurde eine Kreuztabelle zum Vergleich der Gruppen ANGST+/TRAURIGKEIT+, ANGST+/TRAURIGKEIT-, ANGST-/TRAURIGKEIT+, ANGST-/TRAURIGKEIT- entwickelt. Als Cut-Off-Wert für die HADS-D wird bei beiden Subskalen 7/8 angenommen. Für die beiden 1-Item-Instrumente gelten nach ePA-Systematik die Gruppen S.4 und S.3 als unauffällige Patienten sowie entsprechend S.2 und S.1 als auffällige Patienten.

In Tabelle 8 finden sich grün markiert die übereinstimmenden Gruppen. Rot markiert sind jene Gruppen, die die gegenteilige Ausprägung beinhalten. Grau markiert sind Gruppen, in welchen eine Emotion in ihrer Ausprägung übereinstimmt, die zweite Emotion nicht.

Tabelle 8: Übereinstimmung der Kreuztabellen

Anzahl der Patienten (N)		ePA-Items Selbstauskunft Angst bzw. Traurigkeit ¹			
		ANGST-/ TRAURIGKEIT-	ANGST+/ TRAURIGKEIT-	ANGST-/ TRAURIGKEIT+	ANGST+/ TRAURIGKEIT+
HADS-D Subskala Angst bzw. Depression ²	ANGST-/ DEPRESSION-	29	16	7	2
	ANGST+/ DEPRESSION-	5	6	0	6
	ANGST-/ DEPRESSION+	5	1	1	2
	ANGST+/ DEPRESSION+	0	4	0	16

¹Gruppen S.4 u. S.3= unauffällige Patienten (-), Gruppen S.2 u.S.1= auffällige Patienten (+)
²unauffällige Patienten ≤7 (-), auffällige Patienten ≥8 (+)

Mit Hilfe der Selbstauskunft der beiden ePA-Items haben sich 53% der Patienten übereinstimmend mit der Gruppierung nach HADS-D zugeordnet. Bei 3% der Patienten finden sich gegenteilige Ausprägungen. Bei den Gruppen ANGST+/TRAURIGKEIT- und ANGST-/TRAURIGKEIT+ ergab sich nur eine Übereinstimmung von 1/ 9 bzw. 6/ 17 Patienten im Vergleich zur HADS-D. Dies scheint darauf hinzuweisen, dass, wenn nach HADS-D nur ein Merkmal positiv ausgeprägt ist, dem Patienten es schwerfällt, sich in der Selbsteinschätzung genauso einzuordnen. Zehn der 26 Patienten, welche nach HADS-D entweder als auffällige Patienten für Angst allein oder als auffällige Patienten für Depression allein galten, haben für sich in der Selbstauskunft kein Problem gesehen (VAS 0-3) und wären somit nicht als mögliche auffällige Patienten für Angst bzw. Depression erkannt worden, wenn nur mit den beiden ePA-Items gearbeitet worden wäre. Acht der 26 Patienten gaben in der Selbstauskunft an, dass die derzeitige Situation sowohl Angst als auch Traurigkeit bereite, während im HADS-D entweder nur Hinweise für Angst allein oder nur Hinweise für Depression allein vorlagen.

Wenn nach HADS-D keines der beiden Phänomene vorlag (bei 54 Patienten), haben nach den ePA-Items 16 der 54 Patienten angegeben, dass eine Angst vorlag, sieben Patienten haben angegeben, dass die derzeitige Situation Traurigkeit bereiten würde und zwei Patienten haben angegeben sowohl Angst als auch Kummer zu haben.

Bei den 20 Patienten, bei denen nach HADS sowohl Hinweise auf Angst als auch Hinweise auf Depression bestanden, ergaben die ePA-Items für 17 Patienten die gleiche Ausprägung, bei den übrigen drei Patienten lag nach der Selbsteinschätzung nur das Merkmal der Angst vor.

5.8 Kriteriumsvalidität

Die Analyse der ROC-Kurve (Hauptfragestellung, Teil a.) ergab, dass für die ePA-Items in der Selbstauskunft bei einer Merkmalsausprägung von mehr als drei von zehn Punkten auf der VAS die besten kombinierten Werte von Sensitivität und Spezifität vorliegen. Tabelle 9 und 10 zeigen die Kreuztabellen der Selbstauskunft für Angst bzw. Traurigkeit (VAS Cut-Off 3/4) sowie der Fremdauskunft von Rater 1 und Rater 2 gegenüber der HADS-D Subskala Angst bzw. Depression (Summenscore Cut-Off 7/8). Tabelle 11 zeigt Sensitivität, Spezifität und AUC-Wert der Übereinstimmungsvalidität.

Tabelle 9: Kreuztabellen der Bestimmung von Angst/ Furcht

Anzahl der Patienten (N)		HADS-D Subskala Angst ²		
		ANGST+	ANGST-	GESAMT
ePA-Item Selbstauskunft Angst ¹	ANGST+	32	21	53
	ANGST-	5	42	47
	GESAMT	37	63	100
ePA-Item Fremdbeurteilung (Rater 1) ³	ANGST+	19	13	32
	ANGST-	18	50	68
	GESAMT	37	63	100
ePA-Item Fremdbeurteilung (Rater 2) ^{3*}	ANGST+	15	8	23
	ANGST-	21	53	74
	GESAMT	36	61	97

¹unauffällige Patienten ≤3 (-), auffällige Patienten ≥4 (+)
²unauffällige Patienten ≤7 (-), auffällige Patienten ≥8 (+)
³keine Hinweise für Angst/ Furcht F.4, Hinweise für Angst/ Furcht F.1
*3 fehlende Werte, da eine Pflegefachkraft die Formulare nicht ausfüllte.

Tabelle 10: Kreuztabellen der Bestimmung von Kummer/ Traurigkeit

Anzahl der Patienten (N)		HADS-D Subskala Depression ²		
		DEPRESSION+	DEPRESSION-	GESAMT
ePA-Item Selbstauskunft Traurigkeit ¹	TRAURIGKEIT+	20	15	35
	TRAURIGKEIT-	9	56	65
	GESAMT	29	71	100
ePA-Item Fremdbeurteilung (Rater 1) ³	TRAURIGKEIT+	13	13	26
	TRAURIGKEIT-	16	58	74
	GESAMT	29	71	100
ePA-Item Fremdbeurteilung (Rater 2) ^{3*}	TRAURIGKEIT+	10	11	21
	TRAURIGKEIT-	19	57	76
	GESAMT	29	68	97

¹unauffällige Patienten ≤3 (-), auffällige Patienten ≥4 (+)
²unauffällige Patienten ≤7 (-), auffällige Patienten ≥8 (+)
³keine Hinweise für Kummer/ Traurigkeit F.4, Hinweise für Kummer/ Traurigkeit F.1
*3 fehlende Werte, da eine Pflegefachkraft die Formulare nicht ausfüllte.

Tabelle 11: Sensitivität, Spezifität und AUC-Wert für VAS Angst bzw. Traurigkeit (HADS-D, Cut-Off 7/8)

Hauptfragestellung, Teil	Merkmal	Sensitivität		Spezifität		AUC	±CI _{95%}
			±CI _{95%}		±CI _{95%}		
ePA-Item Angst/ Furcht							
b.	Selbstauskunft ¹	87%	71%; 96%	67%	54%; 78%	80%	71%; 89%
c.	Fremdbeurteilung Rater 1 (Früh) ²	51%	34%; 68%	79%	67%; 89%	65%	54%; 77%
d.	Fremdbeurteilung Rater 2 (Spät) ²	43%	27%; 61%	84%	73%; 92%	64%	52%; 76%
ePA-Item Kummer/ Traurigkeit							
e.	Selbstauskunft ¹	66%	46%; 82%	79%	68%; 88%	74%	62%; 86%
f.	Fremdbeurteilung Rater 1 (Früh) ²	45%	26%; 64%	82%	71%; 90%	62%	50%; 75%
g.	Fremdbeurteilung Rater 2 (Spät) ²	34%	18%; 54%	80%	69%; 89%	59%	46%; 72%
¹ unauffällige Patienten ≤3 (-), auffällige Patienten ≥4 (+)							
² keine Hinweise für Angst/ Furcht bzw. Kummer/ Traurigkeit F.4, Hinweise für Angst/ Furcht bzw. Kummer/ Traurigkeit F.1							

Bei einem VAS-Wert der Selbstauskunft Angst von >3 liegt die Sensitivität, also die Wahrscheinlichkeit, mit Hilfe der VAS diejenigen Patienten als auffällig zu identifizieren, die in der HADS-D als auffällig erkannt werden, bei 87% (±CI_{95%} 71%; 96%). Die Spezifität, also die Wahrscheinlichkeit, mit Hilfe der VAS diejenigen Patienten als unauffällig zu identifizieren, die in der HADS-D als unauffällig erkannt werden, liegt bei einem Cut-Off-Wert von >3 bei 67% (±CI_{95%} 54%; 78%) (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Koordinaten der ROC-Kurve des ePA-Items Selbstauskunft Angst

VAS Angst*	Sensitivität	1 - Spezifität
=0	1,000	1,000
>0	,973	,587
>1	,919	,524
>2	,865	,444
>3	,865	,333
>4	,811	,302
>5	,541	,175
>6	,405	,111
>7	,297	,095
>8	,135	,032
>9	,108	,000
>10	,000	,000

*Zustandsvariable: HADS-D Subskala Angst dichotomisiert: keine Angst bis einschl. 7
 *Testvariable: „Wenn Sie an Ihre derzeitige Situation denken. Inwieweit macht sie Ihnen Angst?“ VAS 0-10

Nach HADS-D liegt die Prävalenz bei 37 der 100 Patienten, die eine Angstsymptomatik aufzeigen würden. Bei fünf der Patienten wurde bei der Selbstauskunft keine Angst festgestellt, obwohl nach HADS-D Anzeichen dafür vorlagen. Bei 21 Patienten wurde Angst anhand der Selbstauskunft festgestellt, obwohl nach HADS-D keine vorlag. Der AUC-Wert liegt dabei bei 80% (\pm CI_{95%} 71%; 89%). Das ePA-Item Selbstauskunft Angst kann also gut zwischen ANGST+ und ANGST- unterscheiden.

Die VAS der Selbstauskunft Traurigkeit erreicht nach ROC-Kurve bei einer Merkmalsausprägung von ebenfalls >3 auf der VAS eine Sensitivität von 66% (\pm CI_{95%} 46%; 82%) bei einer Spezifität von 79% (\pm CI_{95%} 66%; 88%) (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Koordinaten der ROC-Kurve des ePA-Items Selbstauskunft Traurigkeit

VAS Traurigkeit*	Sensitivität	1 - Spezifität
=0	1,000	1,000
>0	,793	,535
>1	,759	,507
>2	,724	,380
>3	,655	,211
>4	,621	,183
>5	,414	,085
>6	,345	,085
>7	,241	,028
>8	,103	,014
>9	,069	,000
>10	,000	,000

*Zustandsvariable: HADS-D Subskala Depression dichotomisiert: keine Depression bis einschl. 7
 *Testvariable: „Wenn Sie an Ihre derzeitige Situation denken. Inwieweit bereitet sie Ihnen Traurigkeit?“ VAS 0-10

Bei einer Prävalenz von 29 der 100 befragten Patienten im HADS-D wird die Ausprägung Depression mit Hilfe des 1-Item-Instruments der Selbstauskunft zur Traurigkeit mit einem Cut-Off-Wert von 3/4 bei neun Patienten nicht erkannt. 15 Patienten haben eine Traurigkeit angegeben, obwohl die HADS-D keinen Hinweis auf Depression angezeigt hatte. Der Wert der AUC liegt dabei bei 74% (\pm CI_{95%} 62%; 86%). AUC-Werte über 75% gelten als gute Diskriminatoren.

Die Werte für die ePA-Items der Fremdbeurteilungen im Früh- (Rater 1) und Spätdienst (Rater 2) können den Tabellen 9, 10 und 11 entnommen werden. Die Fremdeinschätzungen des Frühdienstes haben noch bessere prädiktive Werte als die Einschätzungen des Spätdienstes. Die Fremdeinschätzungen des ePA-Items Angst/ Furcht haben bessere Werte als die Werte des ePA-Items Kummer/ Traurigkeit. Die Spezifität bei der Fremdbeurteilung liegt für beide Items etwa bei 80%. Insgesamt sprechen die

Sensitivitätswerte um 40% und AUC-Werte um 60% nicht für die Unterscheidungsfähigkeit von vorliegender bzw. nicht vorliegender Angst und Traurigkeit durch die Fremdbeurteilung.

5.9 Gesprächsdauer und Interventionsangebote

Um die Relevanz der Erfassung der Phänomene Angst/ Furcht sowie Kummer/ Traurigkeit mit in den Fokus rücken zu können, wurden Gesprächsdauer der mündlichen Befragung mit dem Patienten und Interventionsangebote erfasst. Die mündliche Befragung dauerte im Mittel 13 Minuten (Median 10 min; SD 12 min, Min 2 min, Max 60 min). Eine Aufstellung der Gesprächsdauer innerhalb der HADS-D-Gruppierung (unauffällig ≤ 7 , grenzwertig 8-10, auffällig ≥ 11) und der Gruppierung der beiden ePA-Items ist in Anhang 14 zu finden. Dabei steigt mit ePA-Gruppierung S.4 bis S.1 der 1-Item-Instrumente tendenziell auch die Dauer des Gespräches. Patienten mit einer Gesprächsdauer von 40 bzw. 60 Minuten befanden sich nach ePA-Systematik in den Gruppen der mittelstarken bis starken Angst oder Traurigkeit. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich, wenn man die Gesprächsdauer innerhalb der HADS-D Subskalen vergleicht. Die mittlere und mediane Gesprächsdauer steigt tendenziell, wenn der Patient nach HADS-D für die Subskalen Angst oder Depression als grenzwertig oder als auffällig klassifiziert wurde. Wenn beide Subskalen für auffällige Hinweise sprachen, stieg die Gesprächsdauer auf durchschnittlich 45 Minuten (siehe Anhang 14).

Um dem eventuell vorhandenen Bedarf der Patienten gerecht zu werden, wurden Seelsorge, Sozialdienst und psychoonkologischer Dienst der Klinik über die Durchführung der Studie informiert. Insgesamt nahmen 45 Patienten das Gesprächsangebot der Untersucherin wahr. Bei sechs Patienten wurde die Seelsorge entweder sofort hinzugezogen oder den Patienten die Möglichkeit offeriert, sich selbst um die Seelsorge zu bemühen, sobald für sie der Bedarf bestünde. Bei drei der Patienten wurde der Sozialdienst hinzugezogen. Andere Interventionen bestanden zum Beispiel darin, gemeinsam mit der zuständigen Pflegefachkraft Informationen über ambulante Essensversorgungsdienste zu geben oder aber mit dem Patienten Möglichkeiten, über Krankenkassen eine Haushaltshilfe zu beantragen, zu besprechen.

6 Diskussion

6.1 Beantwortung der Fragestellungen, Interpretation der Ergebnisse

6.1.1 Reproduzierbarkeit der Fremdeinschätzungen

In diesem Schritt sollte gezeigt werden, inwieweit die beiden Items geeignet sind, dass zwei Beurteiler (Früh- und Spätdienst) zur selben Einschätzung der emotionalen Situation der Patienten kommen können (reproduzierbare Aussagen über Hinweise auf Angst/ Furcht und Kummer / Traurigkeit eines Patienten). Dabei stellte sich heraus, dass die Beobachterprävalenz mit 23% bzw. 31% und die Reliabilitätsmaße mit Krippendorffs α zwischen 0,1 und 0,3 schlecht abschnitten. Zwei verschiedene Pflegefachkräfte können also tendenziell Patienten mit Hilfe der ePA-Items Angst/ Furcht bzw. Kummer/ Traurigkeit nicht reliabel fremdbeurteilen. Dies spiegelt sich auch in der Kriteriumsvalidität wider und wird an dortiger Stelle noch einmal ausführlicher diskutiert.

6.1.2 Bland-Altman-Analyse

Die Bland-Altman-Analysen sprechen nicht für eine gute Reliabilität der VAS-Skalen zu Angst und Traurigkeit gegenüber der HADS-D Subskalen. Der Mittelwert der Differenzen liegt zwar beinahe bei 0. Dennoch weisen die Differenzen der beiden Messmethoden von $0,9 SD_{\text{Differenz}}$ bzw. $1,1 SD_{\text{Differenz}}$ des Präzisionswerts (1 SD) auf eine sehr starke Abweichung der Messwerte voneinander hin. Zum Vergleich erzielten beispielsweise Davey und Autoren (2007) in ihrer Untersuchung zur Verwendung einer VAS für die Messung von Angst hohe Zusammenhangsmaße der VAS (Skala) mit dem STAI (Summenscore) (Korrelationskoeffizient $r=0,78$) (vgl. Davey et al., 2007).

Da die Daten für eine Bland-Altman-Analyse einige Voraussetzungen mitbringen müssen, kann es sein, dass die Analyse an dieser Stelle möglicherweise nicht das richtige Verfahren für die Testung der Reliabilität einer VAS ist. Grundsätzlich muss sich dabei zunächst die Frage gestellt werden, inwieweit ein Summenscore mit einer VAS verglichen werden kann. In der Literatur konnten dazu beinahe nur Studien gefunden werden, welche die Bland-Altman-Methode für die Retestrelabilität einer Untersuchungsmethode (vgl. Bailey, Gravel & Daoust, 2012; Bijur, Silver & Gallagher, 2001), für den Vergleich zweier Untersuchungsmethoden mit selber Einheit im Ergebnismaß (vgl. Harrison, Boonen, Tugwell & Symmons, 2009; Rosero et al., 2009) sowie für den Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppen mit derselben Messmethode (vgl. Nitzsche, 2011) anwendeten. Nur eine der recherchierten Untersuchungen führte einen Vergleich zweier Untersuchungsmethoden mit unterschiedlichen Ergebnismaßen durch (vgl. Kittikraisak et

al., 2012). Dabei handelte es sich um den Vergleich zweier Selbstbeurteilungsmethoden des Gesundheitsfragebogens der EuroQol Group zur Messung der Lebensqualität, EQ-5D-3L (entwickelt 1990). Dieser besteht zum einen aus einem Summenscore, welcher aus den fünf Dimensionen (Beweglichkeit/ Mobilität, Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, Alltägliche Tätigkeiten, Schmerzen/ körperliche Beschwerden, Angst/ Niedergeschlagenheit) und deren jeweiligen Abstufungen (keine Probleme, einige Probleme, extreme Probleme) gebildet wird (EQ-5D, Score 5 entspricht „sehr gut“, 15 entspricht „extrem niedrig“). Im zweiten Teil des EQ-5D-3L soll der Patient seinen Gesundheitsstatus anhand einer VAS (EQ-VAS, Skala 100 entspricht „bester vorstellbarer Gesundheitsstatus“, 0 entspricht „schlechtester vorstellbarer Gesundheitsstatus“) beurteilen (vgl. EuroQol Group, 2011). Kittikraisak et al. (2012) erhielten eine moderate Übereinstimmung der EQ-5D und der EQ-VAS mit Hilfe der Bland-Altman-Analyse („Limits of Agreement“ -0.32; +0.38) (vgl. Kittikraisak et al., 2012). Die Entwickler der EQ-5D weisen allerdings ausdrücklich darauf hin, dass die Abstufungen 1-3 keine arithmetischen Eigenschaften haben und nicht als Kardinalskala (Intervall- oder Verhältnisskala) verwendet werden sollte (vgl. EuroQol Group, 2011).

Für die hier vorliegende statistische Berechnung wurde von intervallskalierten, normalverteilten Werten als Voraussetzung für die Bland-Altman-Analyse ausgegangen. Die HADS-D sowie die VAS haben jedoch keine intervallskalierten Werte. Die HADS-D verfolgt als Screening nur einen kategorialen Ansatz und möchte „Fälle“ von „Nicht-Fällen“ unterscheiden (vgl. Herrmann et al., 1995). Die Subskalen können also höchstens als Ordinalskalen gelten. Die VAS kann ebenfalls nur als Ordinalskala betrachtet werden. Zudem ist eine Normalverteilung der VAS-Werte nicht gegeben (siehe Histogramme, Anhang 13).

Auch die Vergleichbarkeit der Daten gestaltet sich bei näherer Betrachtung schwierig. Patienten geben beispielsweise bei keiner vorhandenen Angst 0 auf der VAS-Skala an, während der Bereich „keine Angst“ im HADS-Summenscore zwischen 0 und 7 Punkten liegt. Hinzu kommt, dass in der HADS-D ein Summenscore von 0-21 erreicht werden kann, während auf der VAS nur Werte von 0-10 vorliegen können. Im Vergleich der EQ-5D und der EQ-VAS (vgl. Kittikraisak et al., 2012) dagegen sind die Werteabstände mathematisch miteinander vergleichbar gewesen (EQ-5D Summenscore 5-15 und EQ-VAS 0-100).

Der vorliegende Unterschied der Werteabstände bleibt auch nach z-Transformation erhalten. Bei z-transformierten Mittelwerten der beiden Methoden unter -1,2 SD sind die z-transformierten VAS-Werte zur Angst ausschließlich größer als die z-transformierten HADS-D-Werte der Subskala Angst. Bei Mittelwerten der beiden Methoden über 1,9 SD

sind die z-transformierten VAS-Werte zur Angst ausschließlich kleiner als die z-transformierten HADS-D-Werte der Subskala Angst (siehe Abbildung 4). Dies ist auch logisch zu begründen, da die VAS mit 0 einen minimalen z-transformierten Wert von -1,2 SD und mit 10 einen maximal z-transformierten Wert von 1,9 SD erreicht. Dagegen rangiert die HADS-D Subskala, deren Summenscore 0 bis 21 Punkte erreicht, zwischen z-transformierten Werten von -1,7 SD bis 3,7 SD. Im Bereich von -1,7 SD und -1,2 SD der HADS-D-Skala kann die VAS also nur höhere bzw. gleiche Daten haben. Ebenso kann die VAS ab einem HADS-D-Wert von größer als 1,9 SD nur niedrigere Daten haben. Betrachtet man beispielsweise die in dieser Studie höchsten z-transformierten HADS-D Subskalenwerte für Angst von 2,4 SD und nimmt dagegen den maximal erreichbaren z-transformierten VAS-Wert von Angst mit 1,9 SD, so entstehen bereits Abweichungen von 0,5 SD, obwohl beide Werte für eine starke Angst sprechen würden. Die VAS Traurigkeit in der Selbstauskunft unterscheidet sich von der HADS-D Subskala Depression im Minimum (-1,0 SD zu -1,7 SD [entspricht 0 zu 0]) und Maximum (2,5 SD zu 4,2 SD [entspricht 10 zu 21]) ebenfalls (siehe Abbildung 5). Die Vergleichbarkeit der VAS mit den Subskalen ist trotz z-Transformation deshalb fragwürdig.

Letztlich ist auch der "wahre Messwert" unbekannt. Die Bland-Altman-Analyse lässt nur einen Vergleich der beiden Methoden zu. In dieser Untersuchung wurde zwar die HADS-D als Referenzstandard gewählt, da er in vielen Untersuchungen auf Validität und Reliabilität getestet wurde. Dennoch ist es nicht möglich zu sagen, welche der beiden Messmethoden besser die Realität abbildet oder ob überhaupt eine der beiden Methoden zur Messung von Angst/ Furcht bzw. Kummer/ Traurigkeit geeignet ist.

Im Ergebnisteil wurden die Patientensituationen der Werte außerhalb der „Limits of Agreement“ ($\pm 1,96$ SD) bereits kurz vorgestellt. Zwei Patientensituationen mit besonders auffälligen Unterschieden zwischen dem VAS-Wert Traurigkeit und der HADS-D Subskala Depression sollen an dieser Stelle noch einmal ausführlicher diskutiert werden. Der erste Patient hatte einen inoperablen Nierentumor und erhielt bereits palliative Pflege, sollte auch in den nächsten Tagen auf die Palliativstation verlegt werden, um seinen Bedürfnissen gerecht zu werden. Er gab weder Traurigkeit noch Angst davor an, bald sterben zu müssen. Er hätte seine Situation akzeptiert, ihn belastete nur, dass er seine Familie verlassen müsse. Im Gespräch mit ihm kam jedoch das Gefühl auf, dass er seine Emotionen gegenüber seiner Situation verdrängte. Auch die HADS-D Subskala Depression wies mit einem hohen Wert auf eine emotionale Problemlage. Die emotionale Situation des Patienten drohte einen Tag nach der Erhebung des Bogens zu eskalieren und nur lange Gespräche seitens der Pflegefachkräfte und der Angehörigen sowie die baldige Verlegung auf die Palliativstation und das spätere Hinzuziehen der Seelsorge konnten den

Patienten seine Prognose akzeptieren lassen und sich auf seinen Tod vorbereiten. Der zweite Patient erreichte einen HADS-D-Wert der Depressionsskala von 18, gab aber in der VAS zur Traurigkeit 0 an. Der Patient wurde auf den enormen Unterschied angesprochen. Ihm wurde nochmals ein Gesprächsangebot gemacht. Der Patient beschrieb daraufhin seine Situation so, dass er akzeptiert habe, wie das Leben mitspielt, sich in der akuten Situation schon in einem Prozess des „sich Abfindens“ befinde, sich selbst aber eher als apathisch bezeichnen würde. Zurückblickend sei er sehr zufrieden mit einem guten Leben. Er versicherte auf nochmalige Ansprache auf das Ergebnis der HADS-D, dass er definitiv nicht traurig oder gar depressiv sei und er sich mit jedem Psychiater anlegen würde, der das Gegenteil behauptete.

Diese „Ausreißer“ machen deutlich, dass nicht allein ein Skalenwert oder ein Summenscore darüber entscheiden kann, wie es einem Patienten geht, sondern vor allem das Gespräch mit ihm. Die VAS stellt dazu eine Möglichkeit dar, dieses Gespräch zu initiieren. Die Bland-Altman-Analyse zeigt, dass beim Vergleich der VAS zu Angst und Traurigkeit mit den Subskalen der HADS-D ein großer Messfehler vorliegt. Aufgrund der hier diskutierten Punkte (neben der Möglichkeit des falsch gewählten Referenzstandards) ist aber anzunehmen, dass die tatsächliche Zuverlässigkeit der VAS zur Messung von Angst und Traurigkeit nur mit Einschränkung ermittelt werden kann.

6.1.3 Konstruktvalidität

Mit Hilfe des Gruppenvergleichs sollte gezeigt werden ob es möglich ist, die beiden eng verbundenen Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit mit Hilfe einer VAS (Werte 0-10) und der Frage „Wenn Sie an Ihre derzeitige Situation denken. Inwieweit bereitet sie Ihnen Traurigkeit?“ / „Wenn Sie an Ihre derzeitige Situation denken. Inwieweit macht sie Ihnen Angst?“ im Vergleich zur HADS-D getrennt voneinander zu erfassen. Eine Übereinstimmung von 53% zwischen den Gruppen ANGST+/TRAURIGKEIT+, ANGST+/TRAURIGKEIT-, ANGST-/TRAURIGKEIT+, ANGST-/TRAURIGKEIT besagt, dass etwas mehr als die Hälfte der Patienten ihre Emotionslage mit Hilfe des 1-Item-Instrumentes übereinstimmend mit dem HADS-D Summenscore einschätzten. Für die beiden Gruppen der HADS-D, in denen entweder nur Hinweise auf Angst oder nur Hinweise auf Depression bestanden, konnten die wenigsten Übereinstimmungen erreicht werden. Hier wurde die Vermutung aufgestellt, dass es Patienten bei Vorliegen nur eines der beiden Phänomene schwer fällt, ihre Emotionen identisch zur HADS-D-Klassifizierung einzuordnen. Dies könnte eventuell mit den eng beieinander liegenden Konstrukten zusammenhängen. Sobald im HADS-D nur eine der beiden Emotionen festgestellt wird,

scheint es nicht ausreichend zu sein, durch ein 1-Item-Instrument zur Angst und Traurigkeit die identische Zuordnung festzustellen.

Fünf Patienten erreichten für sich weder den Schwellenwert für Angst noch für Traurigkeit, obwohl nach HADS-D Hinweise für klinisch relevante Angst vorlagen. Diese fünf Patienten hatten einen HADS-D Angst Summenscore zwischen 8 und 10, was dem grenzwertigen Bereich für Hinweise auf klinisch relevante Angst entspricht. Außerdem gab nur einer der fünf Patienten tatsächlich an, keine Angst zu haben (VAS 0), vier weitere Patienten befanden sich auf der VAS zwischen 1 und 3. Weitere fünf Patienten, die im 1-Item-Instrument als unauffällige Patienten für beide Phänomene galten, hatten im HADS-D auffällige Werte für Depression. Drei von Ihnen gaben weder für Angst noch für Traurigkeit einen VAS-Wert über null an, zwei rangierten entweder bei Angst oder bei Traurigkeit bei 1 bis 2 der VAS. Wesentlich auffälliger sind dabei die Summenscores ausgefallen, die bis auf einen Patienten zwischen 12 bis 18 Punkten lagen. Diese vier Fälle wurden bereits ausführlicher dargestellt (siehe Kapitel 5.6 und 6.1.2). Wenn man sich die Datenlage anschaut, könnten diese vier Fälle ein Hinweis darauf sein, dass die Subskala Depression der HADS-D nicht unbedingt als Referenzstandard für das ePA-Item Kummer/ Traurigkeit geeignet ist, da sie unterschiedliche Konstrukte betrachten (entgegen der ursprünglichen Annahme, dass das Konzept „Kummer/ Traurigkeit“ nahe dem Konzept „Depression“ läge und deshalb die Assessmentmethoden vergleichbar wären).

Die Tatsache, dass mit Hilfe der beiden ePA-Items nur 29 der 54 Patienten, welche nach HADS-D weder Hinweise auf Angst noch Hinweise auf Depression hatten, zur Gruppe ANGST-/TRAURIGKEIT- zugeordnet werden konnten, zeigt, dass beide Items gegenüber der HADS-D keine hohe Spezifität aufweisen. Dies ist auch nicht verwunderlich, denn mit Hilfe der VAS soll der Patient die Möglichkeit haben, die Stärke der Angst bzw. Traurigkeit für sich persönlich einzuschätzen. Fällt das Ergebnis der VAS eines Patienten über drei aus, so sollte seitens der Pflegefachkraft genauer nachgefragt werden. Dies bedeutet aber nicht, entgegen der Konzeption der HADS-D, dass dieser Patient dann auch tatsächlich als ein grenzwertiger oder auffälliger Patient mit klinisch relevanten Problemen gilt. Die 1-Item-Instrumente sollen dem Patienten eher die Möglichkeit geben, über seine emotionale Lage zu sprechen. Die beiden Patienten, welche in der Selbstauskunft sowohl Angst als auch Traurigkeit mit >3 auf der VAS beurteilten, in der HADS-D aber für beide Subskalen unauffällig waren, sollen hier deshalb noch einmal gesondert aufgegriffen werden.

Der erste Patient sagte aus, dass er zwar starke Angst vor einem Schlaganfall hätte, könne aber mit der Angst umgehen und verspüre eher Hoffnung aufgrund der OP. Die Traurigkeit bewertete der Patient auf der VAS mit 4, was er auf seine Gesamtsituation bezog. Im

zweiten Fall machte sich der Patient Gedanken über Heilungsprobleme und Rückschläge hinsichtlich der Therapie. Außerdem sei derzeit die Enkeltochter in den Ferien zu Besuch und der Patient könne sich nicht um sie kümmern. In beiden Fällen liegen eventuell nicht unbedingt klinisch relevante Probleme vor (wobei erst definiert werden muss, was als klinisch relevantes Problem gilt). Allerdings sind es Themen, die die Patienten beschäftigen und auf die als Pflegefachkraft eingegangen werden sollte.

In der Gruppe, in der laut HADS-D sowohl Hinweise auf Angst als auch auf Depression vorlagen, sind vier der 20 Patienten laut Selbstauskunft lediglich mit Angst belastet. Dabei gab nur einer tatsächlich an, keine Traurigkeit aufgrund seiner derzeitigen Situation zu empfinden, die drei übrigen Patienten machten Angaben zwischen 1-3 in der VAS. Ein Patient erzählte, dass das Gefühl der Traurigkeit derzeit von Tag zu Tag, von Moment zu Moment wechsele und er nur die momentane Situation im Gespräch sehe; ein weiterer Patient gab an, dass dessen Ehepartner vor einem Jahr verstorben sei und er deswegen noch immer trauere, dies aber nicht gleichsetze mit Traurigkeit in seiner momentanen Situation. Der vierte Patient meinte dazu, dass er die momentane Situation nicht ändern könne und mache deswegen das Beste daraus. Hier zeigt es sich, dass die Patienten durchaus ihre Traurigkeit wahrnehmen, diese aber nicht dem Konzept Depression der HADS-D entspricht, sondern lediglich Teil dessen sein kann. Wenn die HADS-D Hinweise auf Depression liefert, muss der Patient umgekehrt keine Traurigkeit nach der ePA-Konzeption im mittelstarken oder starken Ausmaß haben.

Die Ergebnisse der Konstruktvalidität zeigten, dass es Patienten nicht immer leicht fiel, die ePA-Items Angst/ Furcht von Kummer/ Traurigkeit zu unterscheiden. Die Patienten gaben in der Selbstauskunft häufiger Traurigkeit bzw. Angst an, als sie laut HADS-D Hinweise darauf haben. Dagegen kam es vor, dass die Selbstauskunft mit Hilfe der 1-Item-Instrumente nicht sensitiv genug ist, um Hinweise auf Angst bzw. Depression zu liefern. Bei den 46 Fällen, in denen die HADS-D Hinweise für zumindest eines der Phänomene Angst und Depression lieferte, wurden zehn durch die ePA-Items überhaupt nicht als solche erkannt. In diesen Fällen zeigt sich allerdings, dass für Angst Angaben von 1-3 auf der VAS gemacht wurden. Für Traurigkeit könnte ein Grund der fehlenden Sensitivität und Spezifität sein, dass das Konstrukt des ePA-Items Kummer/ Traurigkeit mit dem Konstrukt der HADS-D nicht passgenau ist. Des Weiteren muss an dieser Stelle hinterfragt werden, inwieweit es überhaupt möglich ist, die Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit voneinander zu trennen (vgl. Herrmann, 1997; Kim, 2001). Zumal neueste Analysen zeigen, dass auch die HADS-D doch nicht für die Trennung von klinisch relevanter Angst und Depression geeignet zu sein scheint (vgl. Cosco, Doyle, Ward & McGee, 2012).

6.1.4 Kriteriumsvalidität

Im Bereich der Akutpflege, in der Angst eines Patienten eine wichtige Rolle für den Behandlungsverlauf spielt, sollte entsprechend ein Instrument zum Einsatz kommen, das mit großer Wahrscheinlichkeit diese Angst erkennt. Im Vergleich zur HADS-D Subskala Angst hat sich die Selbstauskunft Angst mit einer Sensitivität von 87%, einer Spezifität von 67% und einem AUC-Wert von 80% als gutes Verfahren zur Ermittlung von Angst bei (rheumatologischen und gefäßchirurgischen) Patienten herausgestellt. Beim Distress-Thermometer wird bspw. bei einem Cut-Off-Wert von 5 (HADS-D Angst/ Depression Cut-Off >8) eine Sensitivität von 84% und die Spezifität von 47% berichtet (vgl. Mehnert et al., 2008, S. 8f). In den vorliegenden Ergebnissen stellte sich ein Schwellenwert von 3/4 der VAS mit den besten prädiktiven Eigenschaften heraus. Dies bestätigt die vorherige Annahme im entwickelten Manual des ePA-Items Angst/ Furcht, welche für die VAS die Unterscheidung nach ePA-Systematik zwischen keiner und leichter Angst (S.4 entspricht VAS 0 und S.3 entspricht VAS 1-3) sowie mittelstarker und starker Angst (S.2 entspricht VAS 4-6 und S.1 entspricht VAS 7-10) macht.

Im Falle des ePA-Items zur Kummer/ Traurigkeit zeigt sich ein etwas anderes Bild. Im Vergleich zur HADS-D Subskala Depression hat die VAS zur Selbstauskunft Traurigkeit bei >3 nur mit einer Sensitivität von 66%, einer Spezifität von immerhin 79% und einem grenzwertigen AUC-Wert von 74% abgeschnitten. Nimmt man statt >3 den Wert >2 auf der VAS für Traurigkeit, steigt zwar die Sensitivität mit 72% leicht an, jedoch zu starken Einbußen seitens der Spezifität mit 62%. Lehenbauer-Dehm (2008) erzielte in ihrem Vergleich der HADS-D mit einem 2-Item Kurzinstrument zur Detektion von Depression andere Ergebnisse. Allein das Item zur depressiven Stimmung erreichte eine Sensitivität von 92% und eine Spezifität von 90% gegenüber der HADS-D Depression (Cut-Off 7/8). Dabei fragt das dieses Item „nach depressiver oder trauriger Stimmungslage in den letzten Wochen“ (Lehenbauer-Dehm, 2008, S. 40). Hier liegt die Vermutung nahe, dass mit der direkten Frage nach Traurigkeit nicht gleichzeitig auch die Frage nach Depression abgedeckt wird. Wieder weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Traurigkeit in Verbindung mit Depression auftritt, aber nicht zwingend Bestandteil dieser sein muss, bzw. ein Patient auch Kummer/ Traurigkeit fühlen kann, ohne Hinweise auf eine klinisch relevante Depression zu haben. Die Wahl der HADS-D Depressionsskala als geeigneter Referenzstandard für die Messung von Traurigkeit muss deshalb noch einmal überdacht werden.

Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass Patienten in Einzelfällen, ähnlich dem Schutzmechanismus im Trauerprozess, emotionale Probleme verdrängen. Das heißt die

HADS-D weist auf Problembereiche hin, welche vom Patienten selbst (noch) nicht bewusst wahrgenommen werden und folglich mit einer Selbstauskunft nicht aufgezeigt werden können.

Die Werte der Kriteriumsvalidität für die Fremdbeurteilungen weisen darauf hin, dass es den Pflegefachkräften schwer fällt, Hinweise auf Angst/ Furcht oder Kummer/ Traurigkeit zu erkennen, wenn der Patient laut HADS-D Hinweise auf Angst bzw. Depression hat (Sensitivität 40%). Die Gründe für das schlechte Abschneiden der Fremdbeurteilung der Pflegefachkräfte (und damit auch schlechter Interrater-Reliabilität) können sehr unterschiedlich sein und sollen an dieser Stelle kurz erörtert werden:

Mangelnde Kompetenz: Im praktischen Alltag wurden von der Untersucherin Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegefachkräften wahrgenommen, die Patienten korrekt einzuschätzen. Dies kann einerseits an den empathischen Fähigkeiten der Fachperson liegen, welche individuell unterschiedlich ausgeprägt sind (auch tagesformabhängig). Eine weitere Möglichkeit kann darin liegen, dass die Pflegefachkräfte sich bei der Beurteilung nicht an das Manual gehalten oder dies bei schwierig einzuschätzenden Patienten nicht zu Rate gezogen haben.

Mangelnde Zeit und Kenntnis über den Patienten: Die Patienten werden besonders im Spätdienst teilweise nur ein einziges Mal für wenige Minuten von der Pflegefachkraft angetroffen (meist zur „Medikamentenrunde“). Die Pflegefachkräfte sagten selbst von sich, dass sie für Gespräche mit Patienten kaum Zeit hätten.

Versteckte Angst und Traurigkeit: Etliche Patienten wollten ihre Angst/ Traurigkeit gegenüber dem Fachpersonal nicht äußern, da die Pflegefachkraft damit nicht belastet werden sollte, weil sie durch ihr Arbeitspensum keine Zeit habe. Andere Patienten gaben an, durch den Rückhalt der Familie und Freunde keinen Bedarf zu haben, zusätzlich mit der Pflegefachkraft über ihre Angst und Traurigkeit sprechen zu müssen. Bei Patienten, welche Problemlagen verdrängen, ist es der Pflegekraft ebenfalls nicht oder nur schwer möglich, diese zu erkennen.

Verlorene Angst und Traurigkeit: Es besteht die Möglichkeit, dass bereits durch die Befragung des Patienten und das damit verbundene Gespräch mit dem Patienten, welches zwischen der Fremdbeurteilung durch den Früh- und Spätdienst lag, Ängste abgebaut und Traurigkeit reduziert wurde (oder umgekehrt zunächst in das Bewusstsein des Patienten geholt wurden). Die Pflegefachkraft sollte den Patienten so beurteilen, wie er an diesem Tag auf die Pflegefachkraft gewirkt hat. Auch dadurch kann es zu unterschiedlichen Fremdeinschätzungen im Spätdienst kommen.

Im Manual ist bereits beschrieben, dass die Fremdbeurteilung nicht alleine stehen soll, sondern nur zusätzlich dazu dienen soll, die Pflegekraft auf die emotionale Lage des Patienten aufmerksam zu machen. Sie ersetzt keinesfalls die Selbstauskunft. Diese Festlegung soll an dieser Stelle noch einmal betont werden. Bei Patienten, die kognitiv nicht in der Lage sind, eine Selbstauskunft zur emotionalen Situation zu geben (vgl. Hadjistavropoulos, 2005 zur Selbstbeurteilung von Schmerzen bei schwerer Demenz), ist die Fremdbeurteilung jedoch eventuell nur die einzige Methode, beim Patienten Angst oder Traurigkeit wahrzunehmen und darauf einzugehen. Allerdings muss noch untersucht werden, inwieweit dies tatsächlich möglich ist. Die Pflegefachkräfte sollten aber grundsätzlich die Fremdeinschätzung nicht „global“ und ohne zu Hilfenahme des Manuals (siehe Anhang 12), welches Symptombeschreibungen und Indikatoren für Hinweise auf Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit enthält, durchführen (vgl. Hadjistavropoulos, 2005).

Es darf an dieser Stelle nicht außer Acht gelassen werden, dass die Konfidenzintervalle^{95%} relativ breit um den jeweiligen Validitätswert streuen. Dies ist ein Indiz dafür, dass die Studienpopulation zu klein war. Für eine erste Untersuchung der 1-Item-Instrumente werden die Ergebnisse jedoch als akzeptabel betrachtet.

6.1.5 Gesprächsdauer und Interventionsangebote

In dieser Untersuchung konnte nur ein kleiner Ausschnitt für die Relevanz der 1-Item-Instrumente aufgenommen werden. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass bei Patienten mit keiner oder leichter Angst bzw. Traurigkeit die Gesprächsdauer mit dem Patienten bei 2 bis 20 Minuten lagen, während Gespräche mit Patienten, die eine mittelstarke bis starke Angst oder Traurigkeit angaben, zwischen 5 und 60 Minuten andauerten. Die hohe Streuung der Daten weisen darauf hin, dass nicht allein die Stärke der Emotion auf die Länger des Gespräches auswirkt. Faktoren, wie das familiäre und freundschaftliche Umfeld der Person, finanzielle Absicherung und Persönlichkeit spielten ebenfalls eine große Rolle. So wurde in dieser Studie nicht untersucht, ob für die Gruppe S.2 (mittelstarke Angst oder Traurigkeit) ein geringerer Handlungsbedarf besteht als in der Gruppe S.1 (starke Angst oder Traurigkeit).

Allein die Tatsache, dass bei sechs Patienten, welche an der Studie teilgenommen haben, das Angebot der Seelsorge gemacht sowie von 45 Patienten das Gesprächsangebot wahrgenommen wurde, deutet darauf hin, dass für Patienten mit rheumatologischen oder gefäßchirurgischen Erkrankungen ein Bedarf für Interventionen bei Angst und Traurigkeit besteht. Ob dies auf alle Patienten einer akutstationären Klinik zutrifft, ist noch zu untersuchen. Im Raum steht dabei die Frage, ob man den Patienten ohne die

Durchführung der Untersuchung ebenfalls hinsichtlich ihrer Emotionslage Interventionen offeriert hätte. Auch muss sich erst noch zeigen, ob sich die Interventionen positiv auf die Verarbeitung der Krankenhaussituation ausgewirkt haben. Die relativ niedrige Spezifität der beiden 1-Item-Instrumente gegenüber der HADS-D Subskalen spricht außerdem dafür, dass sehr vielen Patienten ein Interventionsangebot gemacht wurde, welche nach HADS-D keine auffälligen Patienten für Angst oder Depression waren. So müsste untersucht werden, ob die Erfassung von Angst und Traurigkeit durch die Selbstauskunft des Patienten einer „angebotsinduzierten Nachfrage“ ähnelt und durch die Befragung Bedürfnisse geweckt wurden, welche sich der Patient zuvor nicht gewünscht hätte.

Ein nächster Schritt, um der Relevanz der beiden 1-Item-Instrumente Rechnung zu tragen, ist, die konstruierten Items im Stationsalltag zu testen. Letztlich können nur die Pflegefachkräfte darüber Auskunft geben, ob die Instrumente den Pflegealltag bereichern oder belasten. Im Rahmen der Masterthesis konnte dieser Untersuchungsschritt nicht in den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken umgesetzt werden. Die ePA-Items finden aber Anwendung in einem kleinen Projekt am Spital Uster, Schweiz.

6.2 Studiendesign und -methodik

6.2.1 Formulierung der Fragestellungen zur Selbstauskunft

Innerhalb der unabhängigen Expertengespräche zur Einschätzung der Inhaltsvalidität konnten Angaben zum ePA-Item Angst/ Furcht wesentlich einfacher und schneller besprochen und diskutiert werden als die zum ePA-Item Kummer/ Traurigkeit. Diese Unsicherheiten bei zweiter Emotion setzten sich auch im Pretest fort, was zu einer neuen Fragestellung in der Selbsteinschätzung führte. Dabei wurde die Frage „Wenn Sie an Ihre derzeitige Situation denken. Inwieweit bereitet sie Ihnen Traurigkeit?“ formuliert (analog dazu die Umformulierung der Fragestellung zur Angst). Von Beginn der Entwicklung dieses Items an, wurden absichtlich nicht die Begriffe „depressiv, Depressivität, Depression“ etc. verwendet, da diese sowohl eine medizinische als auch eine negative Konnotation (im Sinne von „krank“) beinhalten. Das in der YALE Single Question verwendete Wort „depressed“ beschreibt am besten den emotionalen Zustand, der hier erfasst werden soll. Es hat aber im Deutschen viele verschiedene Begriffsmöglichkeiten und -bedeutungen. Im Pretest verstanden die Patienten sowohl bei der Erstkonstruktion unter den drei Begriffen „traurig, niedergeschlagen, bedrückt“ als auch später unter den Begriffen „Kummer, Traurigkeit“ jeweils eine eigene Frage. Der Begriff „Traurigkeit“ wird zwar synonym für den Begriff „Kummer“ gesehen (vgl. Izard, 1999, S. 322f) nimmt aber in der Alltagssprache eventuell eine etwas andere Färbung an. Eventuell bräuchte eine

erneute Analyse mit der Frage „ Wenn Sie an Ihre derzeitige Situation denken. Inwieweit bereitet sie Ihnen Kummer?“ andere Ergebnisse.

Interessanterweise haben alle Experten, mit denen außerhalb der Testsituation gesprochen wurde, die beiden Instrumente als gut und interessant befunden, ja sogar als Chance für die Pflege gesehen, sich zu profilieren. Die Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen der potentiellen Teststationen dagegen sahen in der Erfassung von Angst und Traurigkeit eher eine potentielle Gefahr, die Pflegefachkräfte mit dem Mehraufwand an Interventionen zu überfordern und den Bedarf der Patienten nicht decken zu können. Sechs Stationen haben der Durchführung der Untersuchung nicht zugestimmt, bevor die beiden Untersuchungsstationen mit einer Teilnahme einverstanden waren.

6.2.2 Rahmenbedingungen

Wie zuvor erwähnt, gab es vor Beginn der Untersuchung Schwierigkeiten, eine Station zu finden, die sich an dem Projekt beteiligen wollte, trotz des Angebots, im Frühdienst von 6:00 bis 10:00 Uhr als zusätzliche Pflegefachkraft mitzuarbeiten. Es bestand große Sorge, beim Patienten Bedürfnisse zu wecken, die personell und fachlich nicht abgedeckt werden könnten. Bei der Durchführung der Untersuchung und der Präsenz im Frühdienst selbst wurde die Arbeit der Untersucherin von den Pflegekräften als hilfreich empfunden. Die Pflegefachkräfte beteiligten sich gern an den Fremdeinschätzungen, da im Gegenzug Hilfe im Frühdienst angeboten wurde. Auch die Erfassung der emotionalen Ebene wurde stärker befürwortet, sei aber zu den derzeitigen Arbeitsbedingungen von deren Seite nicht möglich. Sie beteiligten sich aber an der Auswahl der Patienten, bei denen sie selbst eine Belastung vermuteten und sahen in der Befragung Vorteile für die Patienten. Die Gespräche mit den teilnehmenden Patienten führten dazu, dass bestimmte Verhaltensweisen besser verstanden werden konnten. Der Patient bekam dadurch die Möglichkeit, auf einer anderen Ebene des Vertrauens über seine Probleme zu sprechen.

Pflegefachkräfte sollten mit den beiden entwickelten Items ein Hilfsmittel bekommen, ihre tägliche psychosoziale Unterstützung des Patienten in die Dokumentation einfließen zu lassen. Nach den Ablehnungen seitens der Pflegedienstleitungen und vielen Gesprächen mit Pflegefachkräften auf den Stationen deutete sich an, dass die fachliche Expertise für diese psychosoziale Unterstützung besteht. Allerdings fehlt den Pflegekräften die Zeit, um mit Patienten Gespräche zu führen, die über das Wetter und das Essen im Krankenhaus hinausgehen. Gespräche zur erlebten Angst und Traurigkeit brauchen aber unter Umständen Zeit. Wenn die strukturellen Gegebenheiten fehlen, kann die Erfassung von

Angst und Traurigkeit durch Selbstauskunft zumindest im Erstgespräch mit dem Patienten als zusätzliche Belastung für die Pflegefachkraft empfunden werden.

6.2.3 Auswahl der Patienten

Bereits der kognitive Pretest sowie auch die gesamte Befragung wurden von den Patienten als positiv empfunden. Viele Patienten meinten, dass besonders die persönliche Zuwendung im Krankenhaus fehle und das Mitgefühl der Schwestern teilweise zu wünschen übrig lasse. Dabei ist aber zu betonen, dass nicht alle Patienten, welche um Einverständnis gebeten wurden, auch an der Untersuchung teilnehmen wollten. Es liegt also eine positive Selektion vor. Ob die Antwort „kein Interesse“ immer tatsächlich der Grund der Ablehnung der Teilnahme war, bleibt außen vor. Nicht jeder Patient wird – aus welchen Gründen auch immer – bereit sein, sein inneres Empfinden einer Pflegefachkraft zu schildern – besonders nicht, wenn diese ihm gegenüber Zeitdruck vermittelt. Drei Patienten gaben als Ablehnungsgrund emotionale Bedenken an. Das könnte darauf hindeuten, dass nicht jeder Patient in einem Gespräch über seine Emotionen auch die Hilfe dieses Gespräches für die Verarbeitung sieht, es ihn also eher belasten könnte.

Das Instrument ist nur bei Patienten getestet worden, die kognitiv in der Lage waren, Selbstauskunft zu geben. Die Anwendung der Methode der Selbstauskunft bei Patienten mit rückbildenden Erkrankungen des Gehirns ist fraglich und muss zunächst noch überprüft werden. Unter Umständen fehlt diesen Patienten die Fähigkeit, eine einzelne Frage nach ihrer Angst bzw. Traurigkeit zu verstehen bzw. sich selbst zu reflektieren (vgl. Fischer, 2007). Möglicherweise kann in dieser Patientengruppe aber eine Fremdeinschätzung wiederum reliable und valide Ergebnisse erzielen, da kognitiv eingeschränkte Patienten in fortgeschrittenen Zuständen sich nach außen hin weniger „verstellen“ können.

Die Untersuchung deckt mit der rheumatologischen und gefäßchirurgischen Abteilung lediglich einen kleinen Teil der unterschiedlichen Patientengruppen ab. Für eine Übertragbarkeit auf andere Fachbereiche im Akutkrankenhaus müssen weitere Untersuchungen folgen.

6.2.4 Patientenbefragung und Fremdbeurteilung

In der Patientenbefragung erfolgte immer zuerst die mündliche Frage nach Angst und Traurigkeit mit Hilfe der VAS. Dies könnte zu einem Einfluss auf das Ausfüllen des HADS-D Fragebogens und damit zu verzerrten Ergebnissen der Konstrukt- und Kriteriumsvalidität geführt haben. Zu Beginn der Studie wurde deshalb eine Randomisierung in Betracht gezogen, um diesem Bias entgegenzuwirken. Allerdings wurde befürchtet, dass eine

Beeinflussung der Ergebnisse noch wahrscheinlicher wäre, wenn Patienten vor der Beantwortung der 1-Item-Instrumente den HADS-D Fragebogen ausgefüllt hätten. Denn in der HADS-D werden Teilaspekte abgefragt, die eine Antwort der globalen 1-Item-Instrumente beinhalten.

Die Auswahl des Begriffes „Traurigkeit“ statt „Kummer“ für die Selbstauskunft des ePA-Items Kummer/ Traurigkeit wurde bereits diskutiert. Eventuell hätte innerhalb der Untersuchung die Möglichkeit bestanden, beide Begriffe auf ihre Eigenschaften hinsichtlich der HADS-D Subskala Depression randomisiert zu überprüfen. Das hätte dann aber für dieses Item eine noch geringere Patientenzahl zur Folge gehabt. Dies sollte bei den Überlegungen, die Items einzuführen, nochmal überprüft werden.

In der Fremdbeurteilung sollten Pflegefachkräfte des Früh- und Spätdiensts Auskunft über das emotionale Befinden der an der Untersuchung teilnehmenden Patienten geben. Die Idee, dass der Spätdienst den Patienten schon am Vortag kennen gelernt haben sollte, war kaum umsetzbar, da die praktischen Gegebenheiten dies nicht hergaben. Jedoch wurde es so empfunden, je länger die Pflegefachkraft die Patienten kannte, desto besser konnte sie die Einschätzung durchführen. Bei einer eventuellen Ausdehnung der Untersuchung auf andere Fachbereiche sollte diese Vermutung noch einmal geprüft werden.

Im Nachhinein zeigte sich, dass die Fremdbeurteilung nicht anonym, sondern pseudonym hätte erfasst werden sollen. Mit einer Auflistung der fremdbeurteilenden Pflegefachkräfte wäre zum Beispiel eine sauberere Auswertung des Krippendorffs α möglich gewesen, welches die Anzahl der Rater berücksichtigen kann. Außerdem hätte die Theorie, dass die Fremdbeurteilung einigen Pflegefachkräften besser gelang als anderen, mit Daten überprüft werden können.

6.2.5 Die HADS-D als Referenzstandard

Die HADS-D wurde zu Beginn der Studie als geeigneter Referenzstandard gesehen, um die 1-Item-Instrumente zur Selbstauskunft zu überprüfen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass dies nur eingeschränkt der Fall zu sein scheint. Die Bland-Altman-Analyse verdeutlicht, dass die beiden Skalen in ihren jeweiligen Ausprägungen nicht vergleichbar sind. Bei näherer Betrachtung ist dies auch nicht verwunderlich, da die HADS-D nie den Anspruch hatte, die Stärke von Angst und Depression zu messen, sondern anhand des Summenscores bestimmt, ob bei einem Patienten Hinweise für klinisch relevante, aber nicht pathologische Ausprägungen von Angst und/ oder Depression gegeben sind.

Im Laufe der Befragungen stellte sich heraus, dass das 8. Item der HADS-D „Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst“ von einigen Patienten falsch verstanden wurde. Die

Patienten bezogen dies nicht auf ihre emotionale, sondern auf ihre körperliche Situation. Die Ergebnisse für die Subskala Depression könnten entsprechend verzerrt dargestellt sein.

Einen weiteren Einfluss auf die Ergebnisse könnte der unterschiedliche Kontext der Befragung darstellen. Die HADS-D fragt nach der seelischen Situation der letzten 7 Tage, die 1-Item-Instrumente nach der momentanen Situation. Natürlich spielt die momentane Situation in die Bewertung der letzten sieben Tage eine Rolle. Dennoch könnte es zu unterschiedlichen Ausprägungen geführt haben.

Grundsätzlich muss an dieser Stelle bedacht werden, ob denn ein Instrument, welches zwar keine pathologischen, aber dennoch klinisch relevante Ausprägungen von Depression misst, dasselbe messen möchte, wie ein Instrument, welches auf die Emotion Kummer/ Traurigkeit abzielt. Zwar spielt Traurigkeit zumeist eine große Rolle für Depressionen, steht aber eventuell nicht immer im Vordergrund der Depression. Depressionen weisen eine komplexere Symptomatik auf, welche nicht nur die Frage nach vorhandener Traurigkeit beinhaltet.

7 Fazit und Ausblick

In dieser Studie sollten die beiden für das ePA-AC neu entwickelten Items Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit in der Praxis auf psychometrische Gütekriterien getestet werden. Dabei lag das Hauptaugenmerk auf deren Sensitivität bzw. Spezifität gegenüber der HADS-D als Referenzstandard.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass die hier erfassten Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit nicht immer auch klinisch relevante Ausprägungen von Angst und Depression abdecken. Die beiden entwickelten Fragen in der Selbstauskunft sollten jedoch eher als Kommunikationshilfe anstatt als abschließendes diagnostisches Instrument verstanden werden. Mit den direkten Fragen kann die Pflegefachkraft dem Patienten gleichzeitig ein direktes Gesprächsangebot machen. Sie bieten Anknüpfungspunkte für Gespräche mit dem Patienten über deren emotionale und psychosoziale Situation. Mit näherem Nachfragen (z. B. nach dem Grund der Angst oder Traurigkeit) kann dann auch bestimmt werden, inwieweit ein Patient Hilfe bei der Problembewältigung benötigt und wie diese aussehen könnte. Sie können auch als Trigger für eine weitergehende Diagnostik genutzt werden.

Die Erfassung der Emotion Angst/ Furcht hat in der Selbstauskunft gezeigt, dass es möglich ist, Angst mit Hilfe einer einzelnen Frage und unter Zuhilfenahme einer VAS valide zu messen.

Die Erfassung der Emotion Kummer/ Traurigkeit hatte den Hintergrund, ein Instrument zu entwickeln, welches nicht stigmatisierend ist. Dies schlug sich zu Ungunsten der Validität gegenüber der HADS-D Subskala Depression nieder. In weiteren Untersuchungen sollte deshalb geprüft werden, ob das Konzept Kummer/ Traurigkeit im Stationsalltag tatsächlich bereits pflegeauslösende Zustände beschreibt, oder eher auf ein Kurz-Instrument zur Messung von depressivem Verhalten oder Trauer zurückgegriffen werden sollte (vgl. Dwyer, 2008; Lehenbauer-Dehm, 2008).

Die Fremdbeurteilung von Angst/ Furcht bzw. Kummer/ Traurigkeit durch die Pflegefachkraft ist von vielen Bedingungen in den realen Pflegesituationen abhängig. Es kann in dieser Untersuchung nicht gesagt werden, ob unter anderen (Studien-) Voraussetzungen die Beurteiler zu besseren Ergebnissen der Reproduzierbarkeit gekommen wären. Um die Interrater-Reliabilität zu erhöhen, wäre es bspw. denkbar, vertiefende Schulungen hinsichtlich des Verständnisses der zu beurteilenden Emotionen und der damit verbundenen Symptome durchzuführen.

Falls die Erfassung von Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit im ePA-AC tatsächlich umgesetzt werden sollte, muss seitens der Anwender bedacht werden, dass dann auch entsprechende Interventionsmöglichkeiten (Gesprächsführung, Beratung, Psychologie, Seelsorge, Patienten- und Angehörigenbegleitung etc.) und Zeitressourcen für die Patienten eingeräumt werden müssen. Eine Pflegefachkraft kann nicht Angst und Traurigkeit ermitteln, ohne anschließend Zeit für Gespräche oder für die Initiierung weiterführender Maßnahmen zu haben. Deshalb zeigt sich im Bereich der nachfolgenden pflegerischen Handlungsmöglichkeiten weiterer Forschungsbedarf, sodass die zahlreichen Interventionen, die in Situationen von Angst und Trauer angeboten werden können, auch vor dem Hintergrund finanzieller und personeller Ressourcenverteilung evidenzbasiert und somit begründet durchgeführt werden können.

Zudem wird es für sinnvoll erachtet, auch den Pflegefachkräften entsprechende Möglichkeiten der Supervision oder Teamentwicklung anzubieten, um einer emotionalen Erschöpfung vorzubeugen. Wenn beispielsweise im Nachgang, z. B. aus Zeitgründen, keine entsprechende (Pflege-)Maßnahme erfolgen kann, besteht ein ethischer Konflikt, dem sich die Pflegefachkraft in der konkreten Situation aussetzt, wenn sie den Patienten direkt nach seiner Stimmungslage befragt.

Die Emotionen Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit stellen zwar zwei verschiedene psychosoziale Phänomene dar, doch treten sie oft gemeinsam auf und äußern sich durch ähnliche Symptome. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Angst und Traurigkeit bzw. nach HADS-D Angst und Depression bei 20% bis 50% der befragten Patienten häufige Erscheinungen in den Fachbereichen Rheumatologie und Gefäßchirurgie sind. Sie sollten entsprechend berücksichtigt werden. Dabei sollten die beiden neu entwickelten Items selbst mehr als Intervention und Kommunikationsmittel verstanden werden, um den Patienten zu signalisieren, dass deren psychosoziale und emotionale Situation ebenfalls von Belang ist.

Patienten haben häufig andere Ansprechpartner oder kompensieren ihre Situation anderweitig als über das Gespräch mit der Pflegefachkraft. Aber allein das Wissen darüber, dass die Pflegefachkräfte über ihre persönliche Situation informiert sind, könnte einen positiven Effekt auf das Patienten-Pflegefachkraft-Verhältnis haben. Wenn die Pflegefachkraft über die emotionale Lage ihrer Patienten informiert ist, kann sie eventuell auf bestimmte Situationen entsprechend besser reagieren oder das Verhalten des Patienten leichter interpretieren und damit umgehen. Die Kommunikationskompetenzen von Pflegefachkräften sollten sich verständigungsorientiert darstellen und realistische Möglichkeiten enthalten, mit dem Patienten auch auf emotionale und soziale Bedürfnisse eingehen zu können, ohne sie dem Patienten vorweg zu unterstellen (vgl. Darmann, 2000). So können die beiden entwickelten Items auch als Hilfsmittel zur Aushandlung pflegebezogener Entscheidungen dienen.

In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass ein Patient seine Angst/ Furcht sowie Kummer/ Traurigkeit mit einem 1-Item-Instrument bestimmen kann. Aber auch Probleme im praktischen Umgang mit den neu entwickelten ePA-Items konnten aufgezeigt werden. Es müssen sich deshalb weitere Untersuchungen und tiefergehende Literaturrecherchen anschließen. Doch erst, wenn strukturelle Prämissen sowie Grundvoraussetzungen für eine gelungene Kommunikation in der Pflege geschaffen werden, sind Pflegefachkräfte tatsächlich dazu befähigt, den emotionalen Bereich des Patienten als pflegerische Aufgabe in ihre Tätigkeit mit einzubeziehen.

Literaturverzeichnis

Bailey, B., Gravel, J. & Daoust, R. (2012). Reliability of the visual analog scale in children with acute pain in the emergency department. *Pain*, 153(4), 839-42.

Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring*. 2., überarb. u. erw. Auflage. Bern: Hans Huber.

Bijur, P.E., Silver, W. & Gallagher, E.J. (2001). Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med*, 8(12), 1153-7.

Bland, J.M. & Altman, D.G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 1(8476), 307-10.

Bland, J.M. & Altman, D.G. (2012). Agreed statistics: measurement method comparison. *Anesthesiology*, 116(1), 182-5.

Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S. & House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *J Psychosom Res*, 69(4), 371-378.

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P. & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*, 7(2), 6-9.

Capital Health & Caritas Health Group (2001). *Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*. http://www.npcrc.org/usr_doc/adhoc/painsymptom/esas.pdf [Stand: 11.09.2012]

Carey, E.T., Noll, J., Rasmussen, L., Searcy, B. & Stark, N.L. (1992). Hildegard Peplau. Psychodynamische Krankenpflege. In Marriner-Tomey, A. (Hg.), *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk* (S. 310-330). Übers. von Regina Simmers. Basel: Recom. [Orig.: Nursing Theorists and their Work, 1986]

Cavada, S., Krüger, A. & Schulz, D. (2003). *PPS-Pflegepraxis. Phänomene, Prinzipien, Strategien*. Berlin: Springer.

Chochinov, H.M. (2001). Depression in cancer patients. *Lancet Oncol*, 2(8), 499-505.

Ciompi, L. (2007). *Affektlogik, affektive Kommunikation und Pädagogik. Eine wissenschaftliche Neuorientierung*. <http://www.die-bonn.de/doks/ciompi0301.pdf> [Stand: 12.09.2012]

Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (Hg.) (2005). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Beltz-Test.

Corbin, J.M. & Strauss, A.L. (2004). *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern, Göttingen: Huber.

Cosco, T.D., Doyle, F., Ward, M. & McGee, H. (2012). Latent structure of the Hospital Anxiety And Depression Scale: a 10-year systematic review. *J Psychosom Res*, 72(3), 180-4.

Covic, T., Cumming, S.R., Pallant, J.F., Manolios, N., Emery, P., Conaghan, P.G. et al. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Psychiatry*, 24(12), 6.

Darmann, I. (2000). Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. *Pflege*, 13(4), 219-25.

Davey, H.M., Barratt, A.L., Butow, P.N. & Deeks, J.J. (2007). A one-item question with a Likert or Visual Analog Scale adequately measured current anxiety. *J Clin Epidemiol*, 60(4), 356-360.

Davey, H.M., Barratt, A.L., Butow, P.N. & Deeks, J.J. (2007). A one-item question with a Likert or Visual Analog Scale adequately measured current anxiety. *J Clin Epidemiol*, 60(4), 356-360.

Demmerling, C. & Landweer, H. (2007). *Philosophie der Gefühle: Von Achtung bis Zorn*. Stuttgart: Metzler.

DIMDI (Hg.) (2005). *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO.

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf [Stand: 03.11.2011]

Dwyer, C.M. (2008). *Preliminary validation of a single self-report question as a screening tool for depression in older adult populations: Analyses using the Minimum Data Set Depression Rating Scale*.

<http://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/10012/4021/1/Thesis%20-%20GSO%20Submission.pdf> [Stand: 03.11.2011]

Elsevier GmbH (Hg.) (2010). *Altenpflege Heute*. München: Urban & Fischer

ePA-CC (Hrsg.) (2011). *ePA-AC Version 2.0 Kodiermanual*. Wiesbaden: ePA-CC.

EuroQol Group (2011). *EQ-5D-3L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. Version 4.0.*

http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/User_GuidU_EQ-5D-3L.pdf [Stand: 14.09.2012]

Fischer, T. (2007). Instrumente für die Schmerzeinschätzung bei Personen mit schwerer Demenz. Hilfsmittel für die Beobachtung, aber kein Ersatz der Fachlichkeit. *Pflege Z*, 60(6), 308-11.

Flegel, B. & Hunstein, D. (2002). *Entwicklung qualitativer und quantitativer Kriterien zur Darstellung von Pflegeergebnissen. Erster Zwischenbericht zum Projektauftrag „Patientensteuerung-theoretische/inhaltliche Grundlagen“*. Wiesbaden: HSK.

forsa (2009). *Krankenhausaufenthalt. Tabellenband.*

http://www.hansemerkur.de/c/document_library/get_file?folderId=2133&name=DLFE-10502.pdf [Stand 07.09.2012]

Fröhlich, M. & Pieter, A. (2009). Cohen's Effektstärken als Mass der Bewertung von praktischer Relevanz–Implikationen für die Praxis. *Schweiz Z Sportmed*, 57(4), 139–142.

Garms-Homolová, V. & Morris, J.N. (Hg.) (2000). *RAI 2.0 - Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Übers. von Vjenka Garms-Homolová. Bern: Huber [Orig.: Long Term Care Resident Assessment Instrument, User's Manual Version 2.0. 1996]*

Hadjistavropoulos, T. (2005). Assessing pain in older persons with severe limitations in ability to communicate. In Gibson, S. & Weiner, D. (Hg.), *Pain in older persons* (S. 135-151). Seattle: IASP Press.

Hänsgen, K.D. (2011). *Hogrefe TestSystem-Katalog*. <http://www.hogrefe-testsystem.com/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4de001/webcatalog.htm> [Stand: 03.11.2011]

Harrison, M.J., Boonen, A., Tugwell, P. & Symmons, D.P. (2009). Same question, different answers: a comparison of global health assessments using visual analogue scales. *Qual Life Res*, 18(10), 1285-92.

Helberg, D, Frei, I.A., Vincenzi, C. & Spirig, R. (2010). Welches Modell eignet sich zur Abbildung von Patientenzuständen in der Pflegepraxis? *Printernet*, 12(10), 548-57.

- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*, 42(1), 17-41
- Herrmann, C., Buss, U., Snaith, R.P. (1995). *HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Textdokumentation und Handanweisung*. Bern: Huber.
- Hunstein (in Druck): Pflegediagnosen, Klassifikationssysteme und Assessmentinstrumente - Ein Essay. In Dichter, M. et al. (Hg.), *Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen*. Bern: Huber
- Hunstein, D. (2009). Das ergebnisorientierte PflegeAssessment AcutCare. In Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (Hg.), *Assessmentinstrumente in der Pflege* (S. 60-78). 2., aktualisierte Aufl. Hannover: Schlüter.
- Izard, E.C. (1999). *Die Emotionen des Menschen*. 4., neu ausgest. Aufl. Übers. von Barbara Muakami. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union [Orig.: Human Emotions, 1977]
- Just, A., Busch, N., Hillewerth, K., Holzer-Pruss, C., Kleinknecht, M., Kuster, B. et al. (2006). *Die Abbildung des Pflegeprozesses im elektronischen Patientendossier - Das Zürcher Datenmodell - Abschlussbericht des DAPEP1-Teilprojektes B. Eine Empfehlung zu Händen der Pflegedienst-Kommission der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich*. Zürich: Pflegedienst-Kommission der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.
- Käppeli, S. (Hrsg.) (1998). *Pflegekonzepte Band 1*. Bern: Huber.
- Kesselring, A. (1999). Psychosoziale Pflegediagnostik: Eine interpretative-phänomenologische Perspektive. *Pflege*, 12(4), 223-8.
- Kittikraisak, W., Kingkaew, P., Teerawattananon, Y., Yothasamut, J., Natesuwan, S., Manosuthi, W. et al. (2012). Health related quality of life among patients with tuberculosis and HIV in Thailand. *PLoS One*, 7(1), e29775.
- Krannich, J.H., Weyers, P., Lueger, S., Herzog, M., Bohrer, T. & Elert, O. (2007). Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry*, 12(7), 47.
- Krippendorff, K. (2011). *Computing Krippendorff's Alpha-Reliability*. <http://www.asc.upenn.edu/usr/krippendorff/mwebreliability4.pdf> [Stand: 29.08.2012]
- Krohne, H.W. (1996). *Angst und Angstbewältigung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Kurre, A., Straumann, D., van Gool, C.J., Gloor-Juzi, T. & Bastiaenen, C.H. (2012). Gender differences in patients with dizziness and unsteadiness regarding self-perceived disability, anxiety, depression, and its associations. *BMC Ear Nose Throat Disord*, 22(12), 2.

Lehenbauer-Dehm, S. (2008). *Angst und Depression bei Tumorkranken Ergebnisse einer vergleichenden Studie über die Entwicklung eines Kurzinterviews zur schnellen Diagnose von Depression bei Tumorerkrankungen*. Dissertation zur Vorlage an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Onkologie und Hämatologie. Berlin: Med. Fak. Charité.

LEPWAUU (Hg.) (2009). *LEPWAUU - ein Kooperationsprojekt. Abbildung des Pflegeprozesses in elektronischen Pflegedokumentationen*. http://www.epa-cc.de/LEPWAUU_Newsletter_09.02.12.pdf [Stand: 03.11.2011]

LEPWAUU (Hg.) (2010). *BasisAssessment LEPWAUU. Verknüpfung Rosenberger Ziele und Diagnosen*. St. Gallen: LEP.

Lorenz-Krause, R. (2005). Das Trajekt-Modell als Bezugsrahmen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve. In Gerwin, B. & Lorenz-Krause, R. (Hg.), *Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen* (S. 6-35). Münster: Lit-Verlag.

Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*, 35(6), 382-5.

Marek, K.D. (1997). Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcomes Manag Nurs Pract*, 1(1), 8-12.

Marriner-Tomey, A. (Hg.) (1992). *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. Übers. von Regina Simmers. Basel: Recom. [Orig.: Nursing Theorists and their Work, 1986]

Mayer, H. (2002). *Die Emotionstheorie von Robert Plutchik & Kritik an den Basisemotionen*. http://homepage.univie.ac.at/michael.trimmel/motivation_ss2002/DieEmotionstheorievonRobertPlutchik.pdf [Stand: 03.11.2011]

Mayer, H., Nonn, C., Osterbrink, J. & Evers, G.C. (2004). Qualitätskriterien von Assessmentinstrumenten–Cohen's Kappa als Maß der Interrater-Reliabilität (Teil 1). *Pflege*, 17(1), 36-46.

Mehnert, A., Lehmann, C., Koch, U. (2008). Distress Thermometer. In Herschbach, P., Weis, J. (Hg.), *Screeningverfahren in der Psychoonkologie Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten Eine Empfehlung der PSO für die psychoonkologische Behandlungspraxis* (S.8-10). Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

- Mitchell, A.J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L. Johansen, C. et al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*, 12(2), 160-74.
- Mitchell, M. (2000). Nursing intervention for pre-operative anxiety. *Nurs Stand*, 14(37), 40-43.
- Munafo, M. & Stevenson, J. (2001). Anxiety and surgical recovery: Reinterpreting the literature. *J Psychosom Res*, 51(4), 589-596
- NANDA International (Hg.) (2010). *Pflegediagnosen. Definitionen & Klassifikation 2009-2011*. Übers. von Holger Mosebach. Kassel: Recom. [Orig.: Nursing Diagnoses - Definitions and Classification. 2008]
- Nitzsche, N. (2011). *Die Wirkung eines rehabilitativen Krafttrainings nach vorderer Kreuzbandplastik in offenen und geschlossenen Systemen*. Dissertation zur Vorlage an der Fakultät für Human - und Sozialwissenschaften. Chemnitz: Technische Universität.
- Paul, A. (2003). Angst: eine evolutionsbiologische Perspektive. In Roth, G. & Opolka, U. (Hg.), *Angst und ihre Bewältigung* (S. 11-29). Oldenburg: BIS.
- Plutchik, R. (1993). Emotions and their vicissitudes: emotions and psychopathology. In Lewis, M. & Haviland, J.M. (Hg.), *Handbook of emotions* (S. 53-66). New York: Guilford Press.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*, 29(5), 489-97.
- Prüfer, P. & Rexroth, M. (2005). *Kognitive Interviews*.
http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/How_to15PP_MR.pdf [Stand: 12.09.2012]
- Rattray, J & Jones, M.C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *J Clin Nurs*, 16(2), 234-243.
- Rees, E., Hardy, J., Ling, J., Broadley, K. & A'Hern, R. (1998). The use of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) within a palliative care unit in the UK. *Palliat Med*, 12(2), 75-82.
- Reuschenbach, B. (2008). *Einfluss von Expertise auf Problemlösen und Planen im komplexen Handlungsfeld Pflege*. Berlin: Logos.

- Reuschenbach, B. (2011). Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. In Reuschenbach, B & Mahler, C. (Hg.), *Pflegebezogene Assessmentverfahren. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis* (S. 27-45). Bern: Huber.
- Reuschenbach, B. (2011). Gütekriterien. In Reuschenbach, B & Mahler, C. (Hg.), *Pflegebezogene Assessmentverfahren. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis* (S. 57-79). Bern: Huber.
- Rosero, E.B., Peshock, R.M., Khera, A., Clagett, G.P., Lo, H. & Timaran, C. (2009). Agreement between methods of measurement of mean aortic wall thickness by MRI. *J Magn Reson Imaging*, 29(3), 576-82.
- Schmidt, A. (2011). *Die Verknüpfung des ePA-AC mit psychosozialen Pflegediagnosen. Möglichkeiten und Grenzen der Integration psychosozialer Items ins ePA-AC.* Praktikumsbericht zur Vorlage am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Halle (Saale): Med. Fak. Martin-Luther-Universität.
- Schneider, J.M. (2001). *Grief / Depression Assessment Inventory*. http://www.integraonline.org/assessments/grief_depression_inventory.pdf [Stand: 03.11.2011]
- Sippel, B. & Hunstein, D. (2003). *Zweiter Zwischenbericht zum Projektauftrag „Darstellung von Pflegeergebnissen“*. Wiesbaden: HSK.
- Skoogh, J., Ylitalo, N., Larsson Omeróv, P., Hauksdóttir, A., Nyberg, U., Wilderäng, U. et al. (2010). 'A no means no'--measuring depression using a single-item question versus Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D). *Ann Oncol*, 21(9), 1905-9.
- Steininger, A. (2007). *Analyse einer rechnergestützten Pflegedokumentation. Magisterarbeit*. http://iig.umi.at/dokumente/msc_steininger.pdf [Stand 07.09.2012]
- Steinmayr, R. & Reuschenbach, B. (2011). Erfassung von Angst im Krankenhaus. In Reuschenbach B. & Mahler, C. (Hg.), *Pflegebezogene Assessmentverfahren. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis* (S. 441-57). Bern: Huber.
- Stephan, C., Wesseling, S., Schink, T. & Jung, K. (2003). Comparison of eight computer programs for receiver-operating characteristic analysis. *Clin Chem*, 49(3), 433-439.
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960-73.

Tully, P., Baker, R.A., Turnbull, D. & Winefield, H. (2008). The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. *J Behav Med*, 31(4), 281-290.

University of Central Lancashire (Hg.) (2009). *Psychosocial Research Unit (PRU) Flyer*.
http://www.uclan.ac.uk/schools/school_of_social_work/research/pru/index.php [Stand 09.09.2011]

Vester, H.G. (1991). *Emotion, Gesellschaft und Kultur: Grundzüge einer soziologischen Theorie der Emotionen*. Wiesbaden: VS.

Vodermaier, A. & Millman, R.D. (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*, 19(2), 1899–1908.

Wertman De Meester, D. Lauer, T., Neal, S.E. & Williams, S. (1992). Virginia Henderson. Definition der Krankenpflege. In Marriner-Tomey, A. (Hg.), *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk* (S. 136-154). Übers. von Regina Simmers. Basel: Recom. [Orig.: *Nursing Theorists and their Work*, 1986]

ZEFP (Hg.) (2008). *Pflegediagnosen-Liste (7.Fassung)*.
http://www.usz.ch/SiteCollectionDocuments/Pflege%20am%20USZ/ZEFP_Pflegediagn_u_ebersicht_ers7.pdf [Stand: 03.11.2011]

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 362-370.

Anhang

Die Anhänge sind als Dateien auf der beigelegten CD zu finden:

- Anhang 1_Verbindung psychosoziale Diagnosen mit primären Emotionen
- Anhang 2_Klassifikation von Angst/ Furcht und Kummer/ Traurigkeit
- Anhang 3_Vergleich der Assessmentinstrumente für Angst und Depression
- Anhang 4_Kodiermanual der beiden neu entwickelten ePA-Items (Version 1)
- Anhang 5_Mitarbeiterschulung
- Anhang 6_Für die Untersuchung entwickelter Fremdbeurteilungsbogen (Version3)
- Anhang 7_Fragebogen der Teilnehmer (Version 7)
- Anhang 8_Aufklärung und Einverständniserklärung (Version4)
- Anhang 9_Informationsbroschüre für Mitarbeiter
- Anhang 10_Ethikvotum
- Anhang 11_Auswertung Inhaltsvalidität durch Experteninterviews
- Anhang 12_Kodiermanual der beiden neu entwickelten ePA-Items (Version 5, [Endversion])
- Anhang 13_Histogramme HADS-D Subskala Angst und Depression, VAS Selbstauskunft Angst und Traurigkeit (inkl. z-transformierte Daten)
- Anhang 14_Gesprächsdauer

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit – bzw. bei einer Gruppenarbeit meinen gekennzeichneten Teil der Arbeit – selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und andere als die in der Arbeit angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Schriften (einschließlich elektronischer Quellen) entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Ich versichere außerdem, dass die vorliegende Arbeit noch nicht in gleicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung oder als Modulleistung vorgelegt wurde.

Halle, 15.09.2012