

Weiterbildung „Wundmanagement“

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe,

Innsbruck

Fachbereichsarbeit

Im Rahmen der Ausbildung zur Wundmanagerin

„Die Auswirkung der chronischen Wunde auf die Lebensqualität“

Vorgelegt von:

DGKS Marianne Krenn

Oberhofen, September 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	2
2. Zielsetzung	3
3. Methodik.....	3
3.1. Forschungsfrage.....	3
3.2. Literaturrecherche	3
4. Einleitung	3
5. Definition von Lebensqualität	4
5.1. Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	5
5.1.1. Generische Instrumente.....	5
5.1.2. Krankheitsspezifische Instrumente	5
5.1.3. Der „Wound – Qol“ Fragebogen.....	6
6. Mögliche Auswirkungen der chronischen Wunde	9
6.1. Schmerz	9
6.2. Mobilität.....	12
6.3. Wundgeruch/Wundexsudat.....	13
6.4. Veränderte Selbstwahrnehmung	13
6.5. Psychisches Erleben.....	14
6.6. Soziale Komponente	15
6.7. Partnerschaft	15
6.8. Berufliche und Finanzielle Situation	16
7. Fallbeispiel	16
8. Resümee	25
9. Literaturnachweis	26
10. Anhang:	27
10.1. Eidesstattliche Erklärung:	27

1. Vorwort

Seit 5 Jahren bin ich beruflich in dem Bereich der Hauskrankenpflege tätig. Durch meine Arbeit bin ich immer wieder mit der Versorgung von chronischen Wunden konfrontiert. Für meine KlientInnen bedeuten chronische Wunden oftmals langes physisches wie psychisches Leid, verbunden mit Schmerzen und Mobilitätseinschränkungen. Die Wunde bestimmt oft den Alltag der KlientInnen. Diese individuellen Einschränkungen und insbesondere deren Auswirkungen auf das gesamte soziale Umfeld stehen im Vordergrund des Alltagslebens. Auch das psychische Erleben einer Wunde ist unterschiedlich. Die damit verbundenen Gefühle der Energielosigkeit und Hilflosigkeit wirken sich negativ auf die Lebensqualität aus!

In der Häuslichen Pflege werde ich mit den unterschiedlichsten Facetten und Problematiken dieser sehr unterschiedlichen Einschränkungen konfrontiert. Das stellt mich immer wieder vor die schwierige Aufgabe eigenständige Entscheidungen in einem eigentlich mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu treffen.

In meiner Facharbeit möchte ich mich ausführlich mit den Auswirkungen der chronischen Wunden auf das tägliche Leben beschäftigen, um meinen KlientInnen in Zukunft das Leben mit Wunden zu erleichtern und ihnen ein bestimmtes Maß an Wohlbefinden und Zufriedenheit in ihrem Leben zu geben. Auch nehme ich mir für mein berufliches Erleben vor, dass die Beschäftigung mit chronischen Wunden in dieser Fachbereichsarbeit meine Selbstkompetenz steigert und meine Sicherheit in Umgang mit KlientInnen eine größere wird und sich so auch auf deren Lebensqualität positiv auswirkt.

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinen Arbeitskollegen, ins Besondere bei den Arbeitgebern des Sozial und Gesundheitsprengel Telfs bedanken, die mir die Möglichkeit gegeben haben diese Ausbildung zu machen.

„Es ist Lebensqualität wie wir miteinander umgehen.“

(Panek, Else; Deutsche Lyrikerin, 1932 – 2010, www.amphorismen.de, Stand: 26.08.2015)

2. Zielsetzung

Ziel meiner Arbeit ist es, einen Einblick auf die Auswirkungen von chronischen Wunden in Bezug auf die Lebensqualität und das soziale Umfeld dieser betroffenen Menschen zu geben.

3. Methodik

3.1. Forschungsfrage

Welche möglichen Auswirkungen haben chronische Wunden auf die Lebensqualität von Menschen?

3.2. Literaturrecherche

Die Datenerhebung erfolgt durch die Literaturrecherche der verwendeten Fachbücher, Kursunterlagen und Internetrecherchen, die das Thema der Lebensqualität im Zusammenhang mit chronischen Wunden behandeln. Auch aus Erfahrungen aus meinem beruflichen Umfeld hoffe ich eine aussagekräftige Darstellung treffen zu können.

4. Einleitung

Die gesundheitspolitische Bedeutung chronischer Wunden ist erheblich! Insgesamt leidet etwa 1-3% der Bevölkerung in Österreich an chronischen Wunden. Bei dem der über 85-Jährigen sind es sogar 4-5%. Nach der demographischen Entwicklung wird der Anteil der über 60-Jährigen in Österreich von 22 Prozent auf rund 33 Prozent im Jahr 2050 ansteigen. Somit wird auch die Zahl chronischer Wundpatienten weiter wachsen. Die chronische Wunde verursacht nicht nur einen spürbaren Leidensdruck, sondern wegen der langen Behandlungsdauer auch enorme Behandlungskosten. Schätzungen zufolge fließt 1% der Gesundheitsausgaben westlicher Länder in die Versorgung chronischer Wunden. Ein optimiertes, modernes Wundmanagement, könnte langfristig hohe Einsparungen im Gesundheitswesen bringen. Eine gute Lebensqualität sollte dabei eine wichtige Rolle spielen, um die Behandlung und die Heilung der Wunde zu unterstützen und sogar zu

erleichtern. Wesentliches Merkmal einer professionellen Pflege ist die Patientenorientierung. Um sie realisieren zu können, sind Kenntnisse über die Patientenperspektive der Erkrankung, der Therapie und der Lebensqualität nötig (vgl. Auböck, 2006).

„In vielen Pflegeleitbildern verpflichten sich die Pflegefachkräfte, die KlientInnen ‚ganzheitlich‘ zu versorgen. Damit ist gemeint, sich in der Pflege an seinen physischen, psychischen, sozialen und oft auch spirituellen Bedürfnissen zu orientieren.

Patienten und deren Angehörige müssen ihren individuellen Alltag leben können und dabei Maßnahmen zum Umgang mit Wund - und Therapiebedingten Einschränkungen so durchführen, dass

- sie möglichst unabhängig sein können,
- auseichend Wohlbefinden damit verbunden ist und
- das Ziel der gesundheitlichen Versorgung, Heilung oder Linderung der Beschwerden erreicht werden kann“

(Panfil /Schröder, 2015, S. 139).

5. Definition von Lebensqualität

„Eine Arbeitsgruppe der WHO definiert Lebensqualität als ein ‚weit reichendes Konzept, das in einer komplexen Art von der physischen Gesundheit der Person, vom psychologischen Status, dem Grad der Unabhängigkeit, von sozialen Beziehungen, persönlichen Überzeugungen und ihrem Verhältnis zu den wichtigen Merkmalen ihrer Umwelt beeinflusst wird‘ (WHO, 1997:1). Bullinger, die sich intensiv mit der Messung der Lebensqualität auseinandersetzt, definiert sie als ‚ein multidimensionales psychologisches Konstrukt mit mindestens vier der folgenden Komponenten: körperliche Verfassung, psychisches Befinden, soziale Beziehungen und funktionale Kompetenz‘ (1997:77)“ (Panfil/Schröder, 2015, S. 140).

Die häufigsten und belastenden Probleme der Patienten sind die Schmerzen und die Mobilitätseinschränkung. Die Schmerzen und das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung können zu einer psychischen Belastung werden. Immobilisierung führt häufig

zu sozialen Restriktionen. Funktionale Einschränkungen entstehen, weil die Patienten durch die Schmerzen und Mobilitätsprobleme ihre alltäglichen Pflichten inklusive ihrer Berufstätigkeit nur noch mit Mühe oder gar nicht mehr ausüben können. In der heutigen Medizin nimmt die Lebensqualität einen zunehmenden Stellenwert ein. Schon 1947 definierte die WHO Gesundheit als einen „Zustand vollständigen, körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“. Diese drei Parameter findet man in der Beschreibung der Dimensionen der Lebensqualität wieder. In den vergangenen Jahrzehnten veränderte sich das allgemeine Krankheitspektrum. Aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerungsstruktur nehmen chronische Erkrankungen zu. Wegen der zunehmenden Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen wird das Interesse an sogenannten „Outcome“-Parametern (= Ergebnis) immer größer (vgl. Spech, 2013).

5.1. Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Lebensqualität wird mit Hilfe standardisierter Fragebögen gemessen. Derzeit gibt es rund 1500 verschiedene solcher Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität. Dabei unterscheidet man krankheitsübergreifende (generische) und krankheitsspezifische Fragebögen. In der täglichen Praxis werden sie jedoch nur sehr selten eingesetzt (vgl. Panfil/Schröder, 2015).

5.1.1. Generische Instrumente

Generische Instrumente zeigen den Vergleich der Lebensqualität zwischen verschiedenen Krankheiten. Die am häufigsten und bekanntesten Fragebögen sind das Nottingham Health (NHP), der Short Form 36 Health Survey (SF- 36) und dessen Kurzform SF12. Diese Fragebögen sind getestet, standardisiert und valide für die Englische aber auch Deutsche Sprache (vgl. Panfil/Schröder, 2015).

5.1.2. Krankheitsspezifische Instrumente

Diese sind für bestimmte Erkrankungen entwickelt, wie chronische Wunden, pAVK, diabetischen Fußsyndrom, Decubitus, etc., und konzentrieren sich auf spezifische Einschränkung der Lebensqualität.

Zur Erfassung stehen 5 ausgearbeitete standardisierte Fragebögen zur Verfügung:

- Der Hayland-Fragebogen
- Ein Fragebogen von Franks et al.
- Das Cardiff Wound Impact Schedule (CWIS) und
- Der Würzburger Wundscore (WWS)
- Das Freiburger Life Quality Assessment plus Kernmodul Wunden (FLQAw)

Der in Deutschland entwickelt Würzburger Wundscore erfasst die Lebensqualität von Patienten mit chronischen Wunden. Dieser erfasst 15 Themen und 19 Items (= Grundaufbauelement einer Skala). Schmerz, Emotionen, Schlaf, Finanzen, täglich Aktivitäten, Mobilität, Urlaub, soziale Isolation, kranksein, psychische Stimmung, Heilungsüberzeugung, Angst vor Amputation, Lebenserwartung, Mobilitätshilfen, Zeit für Wundversorgung (vgl. Panfil/Schröder, 2015).

5.1.3. Der „Wound – Qol“ Fragebogen

Ein Nachteil der Fragebögen die in Punkt 5.1.2 dieser Arbeit angeführt wurden sind jedoch, dass sie jeweils einen Umfang von mehreren Seiten haben und sehr viel Text enthalten. Das bringt einen hohen Aufwand für die Patienten und deren Versorger mit sich und kann die Bereitschaft verringern den Fragebogen auszufüllen (vgl. Blome, 2014).

Im Laufe der Recherche über die Messinstrumente der Lebensqualität bin ich auf einen Fragebogen gestoßen der mich persönlich wegen seiner Kürze und einfachen Handhabung angesprochen hat. Der Fragebogen wurde vom Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, in Zusammenarbeit mit den Autoren der Fragebögen WWS, CWIS und FLQAw (siehe Kapitel 5.2.) entwickelt.

Ziel des neuen Fragebogens war es, alle wichtigen Aspekte der Lebensqualität bei Wundpatienten in einem möglichst kurzen Anamnesebogen zu erfassen. Dafür wurden alle Fragen aus den drei genannten längeren Fragebögen analysiert und in 17 Fragen zusammengefasst. Dem Patienten stehen jeweils fünf Antwortmöglichkeiten von „gar nicht“ bis „sehr“ zur Auswahl. Bei jeder Frage, die mit „ziemlich“ oder „sehr“ beantwortet wurde, besteht besonderer Handlungsbedarf. Die Kurzanleitung des Fragebogens und

nähere Informationen bekommt man bei Kontaktaufnahme mit Dr. Christine Blome die im Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf arbeitet (c.blome@uke.de).

Die Fragebögen sind lizenzrechtlich geschützt. Das IVDP (Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf stellt die Fragebogen aber den Mitgliedern der ICW zur freien, nichtkommerziellen Nutzung in eigener Praxis gern zur Verfügung (nicht für finanzierte Studien).

Es gibt auch zusätzlich einen Dokumentationsbogen für die Wundversorgung der den Einsatz in der Praxis erleichtert. In diesem Dokumentationsbogen werden die Antworten des Klienten aus dem „Wound-Qol“ Fragebogen bei denen eine Beeinträchtigung besteht dokumentiert (vgl. Blome, 2014).

„Der `Wound-Qol` und der Dokumentationsbogen ermöglichen somit, Patientenangaben zur Lebensqualität schnell und einfach im Versorgungsalltag zu nutzen. Dies kann zu einer verbesserten und stärker patientenzentrierten Wundversorgung beitragen“ (WundForum 1/2014, S. 17).

Zur Veranschaulichung wird der Fragebogen auf der nächsten Seite angeführt.

Wound-QoL Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie es Ihnen mit Ihrer/Ihren chronischen Wunde(n) geht. Bitte setzen Sie pro Zeile genau **ein** Kreuz.

In den <u>letzten 7 Tagen</u> ...		gar nicht	etwas	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1	...hatte ich Schmerzen an der Wunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	...hatte ich einen unangenehmen Geruch an der Wunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	...hatte ich störenden Wundausfluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	...war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	...war die Behandlung der Wunde für mich belastend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	...war ich wegen der Wunde niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	...hat es mich frustriert, dass die Heilung so lange dauert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	...habe ich mir Sorgen wegen meiner Wunde gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	...hatte ich Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	...hatte ich Angst, mich an der Wunde zu stoßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	...konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	...war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	...hatte ich wegen der Wunde Probleme mit Alltagstätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	...waren meine Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	...musste ich wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	...fühlte ich mich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe Anderer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	...war die Wunde für mich eine finanzielle Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 1: "Wound-QoL" Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden, Augustin et al. 2014, Blome et al. 2014

6. Mögliche Auswirkungen der chronischen Wunde

Wie die Vorerhebungen gezeigt haben leiden KlientInnen mit einer chronischen Wunde an Einschränkungen der Lebensqualität auf psychischer, physischer, sozialer und funktionaler Ebene. Am unangenehmsten empfinden Betroffene den Schmerz und die Bewegungseinschränkungen. Die Belästigung durch Gerüche und Exsudate und die daraus folgende soziale Isolation wirken sehr einschränkend auf das tägliche Leben (vgl. Panfil/Schröder, 2015).

6.1. Schmerz

Definition:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache“ (Definition laut International Association for the Study of Pain).

Während der „akute Schmerz“ eine sinnvolle, sogar oft lebenserhaltende Warnfunktion ausübt, ist der chronische Schmerz von einem auslösenden Ereignis unabhängig. Es ist eine permanente Empfindungsstörung, die zu einer eigenständigen Erkrankung werden kann. Der permanente Schmerz kann für den Betroffenen tiefgreifende und umfassende Auswirkungen haben. Dadurch kann der Schmerz dauerhaft zum Lebensmittelpunkt werden. Die Angst und die Bedrohung die durch den Schmerz ausgelöst werden, kann zum ständigen Stress um die Erhaltung der Lebensfreude und Lebensqualität führen (vgl. Expertenstandard Schmerzmanagement, 2015).

Schmerz ist mehrdimensional und wird durch psychosoziales Umfeld und durch physiologische Schmerzerfahrung beeinflusst (vgl. Hintner, 2015).

In der Fachliteratur wird zwischen mehrere Arten von Schmerz unterschieden:

Nozizeptiver Schmerz: „Sinnvoller Schmerz“, angemessene physiologische Reaktion auf schmerzhaften Reiz.

Neuropathischer Schmerz: Durch Störungen oder Verletzungen des peripheren sowie des zentralen Nervensystems ausgelöst.

Die chronischen Schmerzen verändern die Verschaltungen im psychoneuroimmunologischen Netzwerk und der Nozizeptoren, welche sich auch Schmerzrezeptoren nennen. Der Körper muss dadurch eine fortlaufende Stresssituation aushalten.

Die KlientInnen können Schmerzen auf unterschiedliche Art ausdrücken, zum Beispiel durch verbale oder rationale Äußerungen. Auch durch den Gesichtsausdruck, die Körperhaltung, das Verhalten (jammern, klagen, ...) und systemische Äußerungen (Puls- und Blutdruckanstieg,...) kann der Schmerz geäußert werden. Jene KlientInnen die regelmäßig nach Schmerz gefragt werden, können in einer geringeren Schmerzstufe therapiert werden, wo Schmerzmittel weit effektiver greifen. Auch deshalb ist es so wichtig das richtige Assessmentinstrument zur Schmerzerfassung zu haben (vgl. Expertenstandart Schmerzmanagement, 2015).

Die genaue systematische Erkennung und Einschätzung des Schmerzes ist für die Schmerzreduzierung bzw. Schmerzfreiheit von entscheidender Bedeutung. Daher ist die Kommunikation zwischen KlientInnen, deren Pflegenden und dem Arzt die Grundlage für die Therapiewahl. Eine Schmerztherapie bedeutet, „jeden“ Schmerz dauerhaft zu mildern und nach Möglichkeit auszuschalten (vgl. Teichert, 2011).

Zur Erhebung der Schmerzstärke stehen mehrere Instrumente zur Verfügung. Damit der Schmerz objektiv dargestellt und dokumentiert werden kann.

Zum Beispiel:

Gesichter – Rating –Skalen :

Mit dieser Skala wurden bei Erwachsenen und auch bei Kindern sehr gute Ergebnisse erzielt:

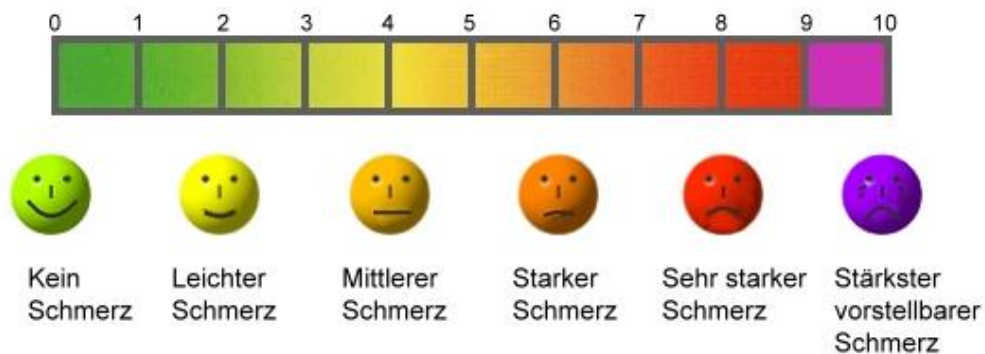


Abbildung 2: Gesichter-Rating-Skala, www.code-knacker.de

Die medikamentöse Schmerztherapie ist in der Regel der Grundpfeiler der Schmerztherapie. Mittlerweile wird das Stufenschema der WHO als Grundprinzip der Schmerztherapie angewendet. Die invasive Schmerztherapie wäre zum Beispiel der sogenannte Schmerzkatheter oder die Regionalanästhesie. (vgl. Nestler, et al 2010).

Die nicht medikamentöse Schmerztherapie umfasst unter anderem auch die Ursachenbehandlung. Dazu zählen folgende Gewichtungspunkte: Durchblutungsfördernde Maßnahmen (Ischämie), Entstauungstherapie (Ödeme), Physiotherapie (CVI), Druckentlastung (Druckschmerz), Antibiose (Entzündung), Adäquate Wundauflage (Austrocknung, Mazerationen).

Wärme – Kälteanwendung, Massage, Lagerung, körperwarme Wundspüllösungen, Phasengerechter Wahl des Verbandsmaterials,(vgl. Hintner, Skriptum Wundschmerz 2014).

6.2. Mobilität

Die eingeschränkte Mobilität hängt eng mit den Schmerzen aber auch mit den Wundverbänden zusammen. Die Einschränkungen wirken sich negativ auf die Bereiche der Aktivitäten des täglichen Lebens aus. Die Hintergründe können sehr vielfältig und je nach Krankheitsbild unterschiedlich sein. Teilweise können sie auch durch therapeutische Maßnahmen die erforderlich sind, verursacht sein. Das Tragen spezieller Schuhe bzw. die Einschränkung bei der Schuhwahl stellt vor allem KlientInnen mit einem diabetischen Fußsyndrom vor ein großes Problem. Die Einschränkung der Mobilität behindert die KlientInnen in der Ausübung notwendiger täglicher Aktivitäten wie z.B. Hausarbeit, Aktivität mit der Familie oder der Freizeitgestaltung.

Die sozialen Kontakte können oft nicht mehr wahrgenommen werden, da es durch die eingeschränkte Bewegung oft schwierig ist Öffentliche Verkehrsmittel zu Benützen. „Patienten berichten von Langeweile, da sie zu Hause bleiben müssen. Sie beschreiben mangelnde Planbarkeit des Tages wegen unvorhersehbarer Veränderungen des Fußzustandes“ (Panfil/Schröder, 2015, S. 145).

Für KlientInnen die einen Decubitus haben ist die Mobilität durch die therapeutischen Maßnahmen eingeschränkt. Sie müssen oft in unangenehmen Positionen liegen und sind insbesondere durch Wechseldruckmatratzen in ihrer Bewegung eingeschränkt.

Auch KlientInnen die an einem Ulcus cruris erkrankt sind, vermeiden bestimmte Bewegungen da sie vor einer neuen Wunde Angst haben, wie im folgenden Zitat berichtet wird.

„Einerseits versuchen sie Bewegung zu verhindern, um sich nicht zu stoßen, andererseits ist regelmäßige Bewegung wichtig für die Wundheilung und zur Prävention neuer Wunden“ (Panfil/Schröder, 2015, S. 146).

6.3. Wundgeruch/Wundexsudat

Ein Großteil der KlientInnen berichtet von unangenehmen Wundgeruch oder Wundexsudat.

„Wundgeruch entsteht durch die Interaktion von Bakterien, Gewebe und Nekrosen und tritt besonders bei stark durchnässten Verbänden auf. Vorwiegend sind es anaerobe Keime, die für den Wundgeruch verantwortlich sind. In den meisten Fällen liegt auch eine manifeste Wundinfektion vor“ (Kozon, et al, 2006, S. 65).

„Das Belastende für den Patienten ist, dass er sich selber riecht, er sich schämt und es dann zu einer sozialen Isolation kommt“ (Hintner, 2014).

Die Patienten werden zunehmend frustriert und versuchen dadurch zu schützen, indem sie mehr zu Hause bleiben und räumliche Distanz zu anderen Menschen schaffen.

„Das Behandlungsziel liegt in der Infektions- bzw. Kolonisationsbekämpfung sowie der physikalische Bindung des Geruches. Als optimale Verbandssysteme haben sich hier die Aktivkohlverbände etabliert, besonders die Kombinationsverbände, die aus Aktivkohle und Silber bestehen wie z.B. Actisorb Silber“ (vgl. Kozon, et al 2006).

Es ist auch sehr wichtig Trost zu finden, Freundschaft und Zugehörigkeit zu erleben, indem sie akzeptiert werden, und sich dadurch in ihrem sozialen Umfeld integriert fühlen. Für die Versorger der Wunde ist es wichtig den „ganzen Menschen“ zu sehen, und ihn nicht auf die übelriechende Wunde zu reduzieren. Für die KlientInnen wiederum ist es wichtig in die Versorgung der Wunde einbezogen zu werden, da es ihnen sehr hilft die Kontrolle über ihren Körper zurückzugewinnen und sie Vertrauen zum Wundversorger aufbauen (vgl. Panfil/Schröder, 2015).

6.4. Veränderte Selbstwahrnehmung

Eine Störung der korporalen Selbstwahrnehmung infolge chronischer Wunden in Bezug auf das Körperbild beinhaltet drei wichtige Komponenten: Die Körperrealität, das Körperideal und die Körperpräsentation.

Eine akute oder chronische Veränderung des Körperäußeren kann den Betroffenen im Kern seiner Persönlichkeit in Frage stellen. Die körperlichen Veränderungen einer Wunde unterbrechen zudem die gewohnte Realität das zu Unsicherheit führt. Für das Körperbild ist eine Wunde oft relevant, wenn diese oder der Verband sichtbar sind. Eine intakte Haut und das körperliche Erscheinungsbild haben einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft (vgl. Panfil/Schröder 2015).

Es müssen zum Beispiel KlientInnen mit einem diabetischen Fußsyndrom Schuhe und Hosen tragen, die sie selbst als nicht kleidsam bzw. unvorteilhaft bewerten. Vor allem Frauen leiden unter diesen negativen Auswirkungen. Die Furcht vor den negativen Reaktionen Anderer durch verbale Äußerungen oder nonverbale Reaktionen führt zu sozialen Rückzug. Damit ein neues Körperbild aufgebaut werden kann, ist soziale Unterstützung durch Freunde und die Familie sehr wichtig. Durch „aktives Zuhören“ spiegelt man dem KlientInnen die emotionale Anteilnahme wieder. Die Informationen zu den verschiedenen Hilfsmitteln und Pflegeutensilien sowie Bekleidungsberatung, zum Beispiel kann ein guter Schuhmacher, kann für die KlientInnen sehr hilfreich sein (vgl. Panfil/Schröder, 2015).

6.5. Psychisches Erleben

In Studien wird auch von der negativen Auswirkung der Wunde auf das psychische Befinden berichtet. Es bestehen Gefühle der Sorgen, Frustrationen, Ärger, Schuld, Mangel an Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Trauer, Depression, Kontroll- und Machtverlust (vgl. Panfil/Schröder, 2015).

Die KlientInnen machen sich Sorgen um die Entwicklung und den Verlauf der Wundheilung. Manche KlientInnen stellen sich die Frage „Warum ich?“, was oft Frustration und Wut hervorruft. Schuldgefühle machen sich breit wenn die Therapieanweisungen oder die vorgeschlagenen Verhaltensregeln bei einer Wunde nicht befolgt werden. Der mit Wunden oft einhergehender Wundgeruch und das Wundexsudat führt zu Hilflosigkeit. Das veränderte Körperbild löst ein niedriges Selbstwertgefühl aus welchem wiederum das Gefühl der Einsamkeit hervorruft. Die Reaktion anderer auf die Wunde löst oft Angst und Schamgefühl aus. Durch die Abhängigkeit von anderen kommt es zusätzlich zu einem Kontrollverlust. Freunde und Familie können viel Kraft und Trost

spenden, da sie die KlientInnen im alltäglichen Leben unterstützen können. Eine positive Betrachtungsweise wie zum Beispiel „Es könnte noch schlimmer sein“ kann ebenfalls unterstützend wirken (vgl. Wound International, 2012).

6.6. Soziale Komponente

Durch die Immobilität bzw. durch die Schmerzen bei der Mobilität sind die KlientInnen oft an zu Hause gebunden. Dadurch fühlen sich die KlientInnen sozial isoliert und das Gefühl der Einsamkeit nimmt zu. Vor allem bei jüngeren KlientInnen sind die Freizeitaktivitäten mäßig bis schwer eingeschränkt.

„Die Patienten berichten von Gefühlen, nicht Teil der Gemeinschaft und in sich selbst gefangen zu sein“ (vgl. Panfil/Schröder S. 147).

„Die Existenz eines sozialen Ulcus ist übrigens kaum belegt. Damit werden Patienten beschrieben, die gezielt ihre Wunde manipulieren, um den Kontakt zu Pflegekräften aufrechtzuerhalten. Es kann sein, dass dies in der Praxis vereinzelt auftritt, es wird durch Studien jedoch nicht unterstützt und stigmatisiert die Patienten auf unnötige Weise“ (vgl. Panfil/Schröder, 2015, S. 147).

Öffentliche Einrichtungen wie zum Beispiel Tagesbetreuungsstellen und Hoangatstuben wo soziale Kontakte geknüpft werden können sind deshalb von großer Bedeutung um dieser sozialen Einsamkeit entgegenwirken zu können.

6.7. Partnerschaft

Die KlientInnen würdigen die Unterstützung der Angehörigen und PartnerInnen oft sehr. Trotz alldem kommt es durch die damit verbundenen Abhängigkeiten zu Spannungen. Wenn der Verbandswechsel von den Bezugspersonen der KlientInnen durchgeführt wird, können sich die KlientInnen wertlos und als Belastung fühlen. Auch das damit verbundene psychische Erleben (siehe Kapitel 5.5) spielt eine Rolle (vgl. Panfil/Schröder, 2015).

6.8. Berufliche und Finanzielle Situation

Viele der KlientInnen sind arbeitslos da sie ihre Arbeit nicht umfassend leisten können. Sie haben zum Teil große Probleme, da sie zu Beispiel am Arbeitsplatz nicht die Möglichkeit haben das Bein hochzulegen oder zu schonen. Durch das veränderte Körperbild und der daraus entstehenden Angst vor der Reaktion der Arbeitskollegen macht es den KlientInnen schwer die Arbeit wieder aufzunehmen. Die finanzielle Einschränkung der Arbeitslosigkeit bringt oft den gesamten Familienverband in eine schwierige Situation. Daher ist es sehr wichtig die KlientInnen über Möglichkeiten von finanziellen Unterstützungen zu Informieren.

Die Sozial und Gesundheitssprengel in Tirol haben durch ihre umfassenden Tätigkeiten die Möglichkeit der Unterstützung und Information. Zum Beispiel können durch die „Medizinische Hauskrankenpflege“ die Kosten der Behandlung eines Verbandswechsels von der der Krankenkasse abgerechnet werden.

7. Fallbeispiel

Fr. Lieblich - Klientin mit einer Ablederung

In meinem Fallbeispiel möchte ich über eine Klientin berichten die ich in der Zeit meiner Ausbildung zum Wundmanager betreut habe.

Fr. Lieblich (Aus Gründen des Datenschutzes wurde der Name von mit geändert.) ist 92 Jahre alt. Sie wohnt im 1. Stock eines Einfamilienhauses. Das Haus wird auch noch von ihrem Sohn und ihrer Schwiegertochter im Erdgeschoss bewohnt. Fr. Lieblich hält ihren Haushalt selbständig in Ordnung und kocht noch täglich für sich selber. Lediglich zum Einkaufen oder Fenster putzen benötigt sie die Unterstützung der Familie.

Fr. Lieblich macht täglich mit ihrem Rollator, den sie liebevoll „Ferrari“ nennt, und ihrer Freundin aus der Nachbarschaft einen Spaziergang um das Neueste aus dem Dorfleben zu besprechen und um sich fit zu halten. „Wer rastet der rostet“ hat sie sich zu ihrem Motto gemacht. Fr. Lieblich ist eine sehr gesellige Person die viele Geschichten von „Früher“

und aus ihrem Leben zu erzählen hat. Es ist ihr auch sehr wichtig drei Mal wöchentlich den Gottesdienst in der 500 Meter entfernten Kirche zu besuchen.

Fr. Lieblich wurde am 7.6.2015 nach einem Sturz aus dem Bett ins Krankenhaus eingeliefert. Dort wurden außer einer Ablederung am rechten Unterschenkel keine weiteren Verletzungen festgestellt.

Es wurden folgende Diagnosen laut Arztbrief gestellt:

- Ablederung am rechten Unterschenkel am 7.6.2015
- Pergamenthaut durch die Gabe von Cortison bei COPD
- Hypertonie
- KHK
- Vorhofflimmern
- Antikoagulation mit Xarelto
- St.p. Ablederung 2014 linker Unterschenkel

Die Verletzung am rechten Unterschenkel wurde chirurgisch mit 12 Nähten und einem Schutzverband versorgt. Frau Lieblich konnte am nächsten Tag das Krankenhaus wieder verlassen. Der erste Verbandswechsel wurde vom Hausarzt durchgeführt. Die weiteren Besuche zum Verbandswechsel durch die Hauskrankenpflege des SGS wurden von der Tochter organisiert. Die Krankengeschichte und die allgemeine Situation galten als bekannt, da Frau Lieblich bereits 2014 wegen einer Ablederung vom SGS für 3 Monate versorgt wurde.

Erster Besuch am 13.7.2015

Es zeigt sich folgende Situation:



Wundgröße: ca. 7 x 4 cm, oberflächlich
Wundumgebung: pergamentartig
Wundrand: gerötet, teilweise nekrotisch
Wundexsudation: keine
Wundgrund: Granulationsgewebe
Wundschmerz: Gesichter- Rating- Skala: 7
Infektionszeichen: Teilweise Rötung am
Wundrand und Wundgrund

Abbildung 3: Fr. Lieblich erster Besuch, Krenn 2015

Wundtherapie erfolgt nach Arztanordnung:

Wundreinigung : Nass- trocken Phase mit Prontosan®

Wundrand: Cavilon Lolly®

Wunde: Sorbion plus®, Allevyn non adhesive®, Peha-haft® Fixierbinde.

Wundumgebung: Excipial Lipolotion ®

Meine Klientin zeigte mir beim Verbandswechsel nonverbal durch ihren Gesichtsausdruck eine deutliche Schmerzreaktion. Erst als sie danach gefragt wurde ob sie Schmerzen hätte gab sie an, die letzten Nächte wegen der ziehenden und brennenden Schmerzen kaum geschlafen zu haben. Deswegen sei sie sogar zu müde, um etwas zu kochen oder spazieren zu gehen. Außerdem kann sie wegen der Schmerzen die Stufen in das Erdgeschoss nicht bewältigen.

Fr. Lieblich lehnt jede Unterstützung, um besser über die Stufen zu kommen ab, da sie sowieso nicht mit diesem „riesigen Verband“ im Dorf gesehen werden will. „Was sagen denn da die Leute!!! Die glauben ja ich sei ein Krüppel“.

Die Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgte ohne Schmerzmedikamentation. Beim ersten Verbandswechsel durch den Hausarzt hatte sie durch die Stresssituation (überfülltes Wartezimmer, lange Wartezeit) vergessen zu fragen wie sie zu Hause auf Schmerzen reagieren sollte.

Durch die eingeschränkte Mobilität fühlte sich Fr. Lieblich in ihren eigenen vier Wänden eingesperrt und hat das Gefühl von niemand besucht und gebraucht zu werden. Obwohl sie vom Sohn und der Schwiegertochter mehrmals täglich besucht wurde, empfand sie, dass sie für diese nur eine Last sei.

Aus Angst vor der nächsten Verletzung nahm Fr. Lieblich jetzt ihren „Ferrari“ auch im Haus. Es zeigt sich auch ein unsicheres langsames Gangbild und eine Schonhaltung.

Fr. Lieblich wirkte niedergeschlagen und das „Leuchten“ in ihren Augen von früher, war verschwunden. Auch ihrem Lebensmotto „Wer rastet, der rostet“ bleibt sie nicht mehr treu.

Es erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme mit ihrem Hausarzt durch das Pflegepersonal der Hauskrankenpflege. Der Wundschmerz, die beginnende soziale Isolation und die Niedergeschlagenheit, und auch der Wundzustand wurden ausführlich besprochen.

Der Hausarzt verordnete eine Schmerzmedikamentation (Novalgien® gtt). Zusätzlich bekam sie noch eine CO - Medikamentation von einem Antidepressiva (Cymbalta®).

Die neue Therapieanordnung und die Wundtherapie wurden vom Diplompflegepersonal nach Arztanordnung durchgeführt.

Zweiter Besuch am 16.6.2015

Fr. Lieblich gab an, weniger Schmerzen zu haben da sie drei Mal täglich ihre Schmerztabletten nahm. Vor allem in der Nacht konnte sie sich wieder durch einen ruhigen Schlaf ohne Schmerzen erholen. Sie übernahm wieder die Hausarbeit und kochte für sich.

Von einem Spaziergang hatte sie sich von mir jedoch noch nicht überzeugen lassen. Die Wunde zeigte sich unverändert.

Dritter Besuch am 24.6.2015

Der Hausarzt hatte am 20.6.2015 die Nähte entfernt und die Wunde mit einer Folie versorgt. Die Folie sollte laut Arztanordnung für 7 Tage belassen werden. Nach 4 Tagen rief Frau Lieblich die Hauskrankenpflege an, da der Verband sich für sie komisch anfühlte, weil sich unter der Folie Exsudat gebildet hatte. Für meine Klientin erzeugte die Konsistenz ein eigenartiges Körpergefühl.

Vorgefundene Wunde



Gereinigte Wunde



Abbildung 4: Fr. Lieblich dritter Besuch, Krenn 2015

Wundgröße: zirka 7 x 4 cm (leider wurde das Foto ohne Lineal gemacht)

Wundumgebung: pergamentartig

Wundrand: mazeriert, teilweise Nekrosestellen, gerötet

Wundgrund: teilweise Nekrosestellen, Fibrinbeläge

Wundschmerz: Gesichter – Rating – Skala : 5

Wundexsudat: gelblich, wenig

Infektionszeichen: Rötung, Schmerz

Nach Rücksprache mit dem Hausarzt führte ich die Wundversorgung wie folgt durch:

Wundversorgung:

Wundreinigung: Nass- Trockenphase mit Prontosan®,

Wundrand: Cavilon Lolly®

Wundgrund: Algesite M®, Allevyn non adhesive®, Peha-haft® Fixierbinde.

Wundumgebung: Excipial Lipolotion®

Fr. Lieblich öffnete zu meiner Überraschung selber die Tür. Sie erklärte mir auch gleich dass der „Ferrari“ bis zum nächsten Ausflug einen Parkplatz im Abstellraum bekommen hat.

Während der Nass – Trocken Phase erzählte sie mir ausführlich vom Besuch beim Hausarzt. Sie schenke der Wunde anfänglich keine Beachtung. Als ich jedoch die Wunde reinigte, betrachtete sie diese gründlich. „Warum heilt das so langsam? Warum dauert es so lange?“ Durch mein Wissen das ich mir mittlerweile im Wundmanagement Kurs angeeignet hatte erklärte ich ihr vereinfacht den Ablauf einer Wundheilung. Sie wirkte sehr aufmerksam und interessiert.

Mit dem neu angelegten Verband fühlte sie sich „sicher“ und hoffte mit mir dass der nächste Verbandwechsel erfreulicher sein würde.

Vierter Besuch am 27.6.2015



Wundgröße: ca. 7 x 4 cm

Wundumgebung: pergamentartig

Wundrand: gerötet

Wundexsudation: mäßig

Wundgrund: Nekrose

Wundschmerz: Gesichter- Rating- Skala: 4

Infektionszeichen: Teilweise Rötung am Wundrand und Wundgrund

Abbildung 5: Fr. Lieblich vierter Besuch, Krenn 2015

Wundversorgung:

Wundreinigung: Nass- Trockenphase mit Prontosan®,

Wundrand: Cavilon Lolly®,

Wundgrund: Algesite M®, Allevyn non adhesive®, Peha-haft® Fixierbinde.

Wundumgebung: Excipial Lipolotion®

Der Verbandswechsel brachte leider nicht das gewünschte Resultat, optisch konnte ich im Vergleich zum 24.06. die nekrotische Veränderung feststellen.

Ich erklärte ihr ausführlich dass ein Arztbesuch unumgänglich sei, da dieser ein chirurgisches Debridement veranlassen konnte, was die Wundheilung beschleunigen würde. Es gäbe jedoch auch die Möglichkeit eines autolytischen Debridement.

Als sie mich zur Tür begleitete erklärte sie mir: „Den alten Haxen braucht eh keiner – die werden ihn mir schon nicht abscheiden!“ Ich konnte sie darin nur bestätigen.

Heiterkeit – Balsam für alle Wunden.

(Selacher, Alfred, 1945, Schweizer Lebenskünstler, www.amphorismen.de, Stand: 26.08.2015)

Fr. Lieblich war am nächsten Tag in der chirurgischen Ambulanz, wo die Nekrose entfernt wurde.

Fünfter Besuch am 2.7.2015



Abbildung 6: Fr. Lieblich fünfter Besuch, Krenn 2015

Wundgröße: ca. 6 x 3 cm

Wundumgebung: pergamentartig

Wundrand: gerötet, granulierend

Wundexsudation: mäßig

Wundgrund: Fibrinbelag

Wundschmerz: Gesichter- Rating- Skala: 3

Infektionszeichen: keine

Wundversorgung:

Wundreinigung: Nass- Trockenphase mit Prontosan® und Deprisoft®

Wundrand: Cavilon Lolly®,

Wundgrund: Algesite M®, Allevyn non adhesive®, Peha-haft® Fixierbinde.

Wundumgebung: Excipial Lipolotion ®

Fr. Lieblich war sehr erleichtert das das „Schwarze“ aus der Wund entfernt wurde. Die Wunde hat sich auch verkleinert. Meine Klientin war sehr zuversichtlich, was sich in ihrer guten Laune zeigte. Die Schmerzen waren auch deutlich weniger. Sie wollte jedoch nicht spazieren gehen oder den Kontakt zu ihrer Freundin aufnehmen. Während der Wundversorgung erzählte sie mir dass ihre Großmutter auch einen Verband am Arm hatte, und darunter sehr gelitten habe. Ihre Großmutter wurde von den Dorfkindern geärgert und das die Erwachsenen ihr „aus den Weg“ gegangen wären. Jetzt verstand ich, warum sie das Haus nicht verlassen wollte! Ich versorgte die Wunde mit einem braunen Schutzverband und in der Schublade fand ich eine „blickdichte“ braune Strumpfhose. Der Verband konnte so kaum gesehen werden. Fr. Lieblich besuchte noch am selben Tag die Kirche.

Letzter Besuch am 24.8.2015



Wundgröße: ca. 3 x 2 cm

Wundumgebung: pergamentartig

Wundrand: granulierend

Wundexsudation: keine

Wundgrund: trockener Fibrinbelag

Wundschmerz: Gesichter- Rating- Skala: 0

Infektionszeichen: keine

Abbildung 7: Fr. Lieblich letzter Besuch, Krenn 2015

Wundversorgung:

Wundreinigung: Nass- Trockenphase mit NaCl 0,9%

Wundrand: Cavilon Lolly®,

Wundgrund: Sorbion Plus®, Peha-haft® Fixierbinde und „brauner“ Schutzverband.

Wundumgebung: Excipial Lipolotion®

Fr. Lieblich gab an keine Schmerztropfen mehr zu brauchen. Sie ist sehr motiviert und hofft dass die Wunde bald abgeheilt sei.

Täglich unternahm sie einen Spaziergang mit ihrem „Ferrari“ und taff sich mit ihrer Freundin.

Fr. Lieblich war gerne bereit mir die Fotos für meine Fachbereichsarbeit zur Verfügung zu stellen. Der Name und das Geburtsdatum wurden auf den Fotos unkenntlich gemacht.

Die schriftliche Einverständniserklärung liegt im Sozial und Gesundheitssprengel Telfs auf.

Bessere Lebensqualität kostet nicht unbedingt mehr Geld, aber ganz sicher mehr Zeit.

(Ferstl Ernst; 1955, österreichischer Lehrer, www.amphorismen.de, Stand: 26.08.2015)

8. Resümee

Ziel meiner Arbeit war es, einen Einblick in die Auswirkungen von chronischen Wunden auf das alltägliche Leben und Erleben der Betroffenen zu geben. Bei meiner Recherche wurde mir sehr schnell klar, dass es sich um ein Thema handelt das sehr individuell zu behandeln ist und sich nicht einfach standardisieren lässt. Während ich an dieser Facharbeit schrieb, begleitete ich Fr. Lieblich mit ihrer Wunde. Mir fielen sehr viele Parallelen auf, die mir vor meiner Ausbildung nicht bewusst waren.

Im Fallbeispiel erfolgte zuerst der soziale Rückzug mit der Angst der „Stigmatisierung“ durch die Gesellschaft. Mir wurde durch Fr. Lieblich klar, dass die Aufklärung und das Einbeziehen in die Wundversorgung sehr wichtig sind. Durch das gemeinsame „Hoffen“ und mein fachliches Wissen konnte ich meiner Klientin Sicherheit geben. Nur durch mein aufmerksames Zuhören merkte ich dass die verminderte Lebensqualität mitunter „nur“ an der Farbe des Verbandes lag was diese aber enorm einschränkte. Mir wurde bewusst, dass vor allem älteren Klienten von der Kultur und ihrem Leben geprägt sind. Daher gehört zum Beispiel der Schmerz, wie auch bei Fr. Lieblich, zu einer Wunde dazu! Oft schämen sie sich auch mit dem Arzt darüber zu sprechen oder sind über die heutigen Therapiemöglichkeiten nicht informiert. Sie lassen den schmerzvollen Verbandswechsel „über sich ergehen“. Daher erfordert es von den Pflegekräften sehr viel Fingerspitzengefühl und ein „offenes Ohr“, manchmal sollte man auch zwischen den Zeilen lesen können um eine bestmögliche Versorgung erzielen zu können. Es müssen nicht immer Berge versetzt werden um den Alltag zu erleichtern. Oft reichen kleine Maßnahmen, wie bei Fr. Lieblich die Strumpfhose um die Lebensqualität der Klienten enorm zu steigern. Jedoch spielt der Faktor Zeit in der Praxis eine sehr wichtige Rolle, um gehörtes richtig interpretieren zu können.

Als zukünftige Wundmanagerin nehme ich mir vor der Lebensqualität einen Fixpunkt in meiner Dokumentation zu widmen. Dieser soll mir und meinen KollegInnen immer wieder bewusst machen, dass hinter jeder Wunde ein Mensch ist, der ganzheitlich wahrgenommen werde möchte.

9. Literaturnachweis

Auböck, J. (03.2014), Arzt&Praxis, Ausgabe Nr. 1002.

Bauernfeind, G./Strupeit S., Mobilität und Lebensqualität - Herausforderung bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Expertenstandart Fachhochschule Osnabrück (2007).

Expertenstandart Schmerzmanagement in der Pflege ,Fachhochschule Osnabrück (2012).

Higman P./M. Hönicke. Chronische Schmerzen Wie Sie lernen, damit umzugehen, Schulz-Kirchner Verlag (2011).

Hintner M., Wundschmerz , Skriptum Wundmanagementausbildung (2015).

Hintner M., Die Wundheilung ,Skriptum Wundmanagementausbildung. (2015).

Hintner M., Tumorwunden , Skriptum Wundmanagementausbildung (2014).

Kozon V., Fortner, Impulse über die Pflegepraxis, ÖGVP Verlag, Wien (2006).

Panfil E., Schröder G. (3. Auflage), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Bern. Verlag Hans Huber (2015).

Schlögl,H.,PhasengerechteWundversorgung,SkriptumWundmanagementausbildung(2011).

Skillunits für Gesundheitsberufe, Chronische Schmerzen. Verlag Careum (2006).

Wund Forum, Das Magazin für Wundheilung und Wundbehandlung, Heft 1/ 2014

Internetrecherche:

https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/files/.../Doktorarbeit_Spech.pdf (Stand: 24.08.2015).

<https://www.icwunden.de/wissenspool/lebensqualitaet.html> (Stand: 30.08.2015).

http://www.arztundpraxis.at/uploads/media/A_P_Ausgabe_1002_2014.pdf (Stand: 24.08.2015).

<http://de.wikipedia.org/wiki/Angst> (Stand: 28.08.2015).

<https://www.icwunden.de/wissenspool/lebensqualitaet.html> (Stand: 02.09.2015).

<http://www.springermedizin.de/der-schmerz-2011-01/336170.html> (Stand: 28.008.2015).

10. Anhang:

10.1. Eidesstattliche Erklärung:

Ich erkläre, dass die vorliegende Arbeit von mir selbst verfasst wurde, und ich ausschließlich die von mir angegebenen Werke und Hilfsmittel verwendet habe.

Oberhofen, am 10.09. 2015

Krenn Marianne