

Psychosoziale Auswirkungen von Brandverletzungen bei Erwachsenen

Assessmentinstrumente und pflegerische Interventionen im
stationären Setting

Marina Steiger
14-639-967

Anna Sarah Zeller
12-934-121

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: Pflege PF 14
Eingereicht am: 5. Mai 2017
Begleitende Lehrperson: Frau G. Neumeyer

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	1
1. Einleitung	2
2. Fragestellung und Zielsetzung	4
3. Theoretischer Hintergrund	5
3.1 Definitionen	5
3.1.1 Verbrennungen	5
3.1.2 Psychosoziale Auswirkungen	6
3.1.3 Erwachsene	6
3.1.4 Pflegefachpersonen	7
3.1.5 Stationäres Setting	7
3.2 Konzepte	7
3.2.1 Körperbild	7
3.2.2 Stressmodell nach Lazarus und Coping	8
3.2.3 Resilienz	8
3.3 Behandlungsablauf.....	9
4. Methodik	10
4.1. Allgemeines Vorgehen	10
4.2. Literaturrecherche	10
4.3 Beurteilung der Literatur	13
5. Ergebnisse.....	14
5.1 Blakeney et al.....	21
5.1.1 Zusammenfassung	21
5.1.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl.....	22
5.2 Connell et al.	23
5.2.1 Zusammenfassung	23
5.2.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl.....	25

5.3 Klinge et al.	26
5.3.1 Zusammenfassung	26
5.3.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl.....	27
5.4 Kornhaber et al.....	28
5.4.1 Zusammenfassung	28
5.4.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl.....	29
5.5 McLean et al.....	30
5.5.1 Zusammenfassung	30
5.5.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl.....	32
5.6 Tengvall et al.....	33
5.6.1 Zusammenfassung	33
5.6.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl.....	34
5.7 Wiechman Askay & Magyar-Russell	35
5.7.1 Zusammenfassung	35
5.7.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl.....	36
5.8 Wikehult et al.....	37
5.8.1 Zusammenfassung	37
5.8.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl.....	39
6. Diskussion	40
6.1 Psychosoziale Auswirkungen	40
6.1.1 Probleme	40
6.1.2 Bewältigungsstrategien und positive Auswirkungen	44
6.2 Assessmentinstrumente	45
6.3 Bellikon und USZ.....	52
7. Theorie-Praxis-Transfer	54
7.1 Assessmentinstrumente	54
7.2 Interventionen	58

7.3 Erstellung Merkblatt.....	61
8. Schlussfolgerung	63
8.1 Reflexion der Fragestellung, Stärken und Schwächen der Bachelorarbeit.....	63
8.2 Forschungsbedarf und weiterführende Fragen	63
Literaturverzeichnis.....	65
Abkürzungsverzeichnis	71
Tabellenverzeichnis	73
Abbildungsverzeichnis	73
Wortzahl.....	74
Danksagung.....	75
Eigenständigkeitserklärung.....	76
Anhang	77
Anhang A: Literaturrecherche	77
Anhang A1: Datenbank CINAHL	77
Anhang A2: Datenbank Cochrane Library	95
Anhang A3: Datenbank PILOTS	100
Anhang A4: Datenbank PsychInfo.....	108
Anhang A5: Datenbank PubMed	119
Anhang B: Studienanalyse	135
Anhang B1a: AICA Blakeney et al. (2008).....	135
Anhang B1b: CASP Blakeney et al. (2008)	144
Anhang B2: AICA Connell et al. (2015)	146
Anhang B3a: AICA Klinge et al. (2009).....	154
Anhang B3b: CASP Klinge et al. (2009)	160
Anhang B4a: AICA Kornhaber et al. (2014).....	162
Anhang B4b: CASP Kornhaber et al. (2014)	167
Anhang B5: AICA McLean et al. (2015).....	169

Anhang B6: AICA Tengvall et al. (2010).....	175
Anhang B7a: AICA Wiechman Askay et Magyar-Russell (2009).....	182
Anhang B7b: CASP Wiechman Askay et al. (2009).....	188
Anhang B8: AICA Wikehult et al. (2008).....	190
Anhang C: Assessmentinstrumente	195
Anhang C1: Adult hope scale	195
Anhang C2: Brief COPE	196
Anhang C3: BSHS-B	197
Anhang C4: BPAT	200
Anhang C5: CIS.....	203
Anhang C6: CIQ	204
Anhang C7: COPE.....	206
Anhang C8: GSE	207
Anhang C9: HADS.....	208
Anhang C10: ISEL-12.....	209
Anhang C11: NRS, VAS und VRS.....	210
Anhang C12: PSQ	210
Anhang C13: PTGI	211
Anhang C14: SWAP	212
Anhang C15: SWLS.....	213
Anhang C16: SF-36.....	214
Anhang C17: SIP	217
Anhang C18: F-SozU.....	218
Anhang D: Merkblatt.....	219

Abstract

Darstellung Thema:

Brandverletzungen hinterlassen bleibende physische Veränderungen und verursachen ausserdem psychosoziale Veränderungen. Pflegefachpersonen müssen psychosoziale Auswirkungen kennen, um diese im Alltag zu erkennen und geeignete pflegerische Interventionen ergreifen zu können.

Fragestellung/ Zielsetzung:

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit folgender Fragestellung: Mit welchen psychosozialen Auswirkungen sind erwachsene Brandverletzte konfrontiert und wie können Pflegefachpersonen diese im stationären Setting erkennen? Ziel ist eine Auflistung von psychosozialen Auswirkungen, Beobachtungsschwerpunkten und möglichen pflegerischen Interventionen.

Methode:

Eine systematisierte Literaturrecherche wurde in fünf Datenbanken durchgeführt. Die eingeschlossene Literatur wurde zusammengefasst, gewürdigt und die Güte und Evidenz eingeschätzt. Informationen aus der Praxis wurden ebenfalls miteingeschlossen, alle Resultate synthetisiert und ein Merkblatt erstellt.

Ergebnisse:

Die psychosozialen Auswirkungen von Brandverletzungen liessen sich in Probleme (Schmerzen, Fatigue, Körperbildstörungen, Verminderungen von Selbstwert und Wohlbefinden, Schlafstörungen, negative Emotionen, Verschlechterungen zwischenmenschlicher Beziehungen, Sexualität und Arbeitsstatus), Bewältigungsstrategien (Spiritualität/ Religion, Reframing, Schuldzuweisungen, Erzählen, Humor) und positive Auswirkungen (Hoffnung, Selbstreflexion, posttraumatisches Wachstum) aufteilen. Beobachtungsschwerpunkte wurden keine erwähnt, dafür eine Übersicht an Assessmentinstrumenten erstellt.

Schlussfolgerungen:

Brandverletzte sind mit diversen psychosozialen Auswirkungen konfrontiert. Es besteht noch Forschungsbedarf im Gebiet psychosozialer Auswirkungen von Brandverletzungen, vor allem im Bereich der Isolation aufgrund einer Infektion, Sexualität, posttraumatisches Wachstum, Beobachtungsschwerpunkten und Interventionen.

Keywords:

Brandverletzung, psychosoziale Auswirkungen, Spital, Intensivpflegestation, Rehabilitation, Erwachsene, Pflegefachpersonen, Interventionen, Assessmentinstrumente

1. Einleitung

Laut der World Health Organization (WHO) werden weltweit jährlich elf Millionen Menschen wegen einer Brandverletzung hospitalisiert und 265'000 sterben daran (WHO, 2016). In Europa sind es 25'000 Hospitalisierungen jährlich, das entspricht einer Person pro 20'000 Einwohner (Wedler, Künzi, Bürgi, & Meyer, 1999, zitiert nach Künzi & Wedler, 2004, p. 8). Schweizweit werden jährlich ungefähr 1'000 brandverletzte Patientinnen und Patienten behandelt, davon 180 Betroffene in Spezialzentren (Raffoul & Berger, 2006, p. 243). Schwerbrandverletzte Erwachsene werden gemäss des Entscheids zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) in Lausanne oder im UniversitätsSpital Zürich (USZ) behandelt (HSM, 2016). Die spezialisierte Intensivstation des USZ verfügt über sechs separat klimatisierte Behandlungsplätze und einen integrierten Operationsraum mit einem weiteren Raum mit einer Badewanne zur sterilen Wundreinigung (USZ, nicht datiert [n.d.]). Das CHUV hat vier bis fünf Intensivbetten für Erwachsene und eine spezialisierte Operationsabteilung mit eigener Badewanne (CHUV, n.d.). Die Behandlung Brandverletzter benötigt ein eingespieltes und erfahrenes multidisziplinäres Team (HSM, 2016). Im USZ setzt sich das Behandlungsteam aus den Disziplinen Medizin, Pflege, Psychologie und Psychiatrie, Seelsorge, Sozialdienst, Ergotherapie, Physiotherapie und Ernährungsberatung zusammen (USZ, n.d.). Dieses Team sollte den Betroffenen auf ihrem langen Weg zurück in die Normalität helfen. Denn Brandverletzte seien mit diversen Problemen wie dem „Posttraumatischen Belastungssyndrom (PTBS), Depressionen, Körperbildstörungen, sozialer Angst, Trauer, Schmerzen, Juckreiz, Schlafstörungen, Substanzenmissbrauch, Adaptierung an körperliche Einschränkungen und Coping mit bleibenden Narben“ konfrontiert (Blakeney, Rosenberg, Rosenberg, & Fauerbach, 2007, p. 829 [Übersetzung der Autorinnen]). Die Überlebenschancen Brandverletzter nahmen laut McRobert (2012) in den letzten Jahren signifikant zu. Grund dafür seien Fortschritte in der rekonstruktiven plastischen Chirurgie und in der Notfall- und Intensivmedizin (McRobert, 2012). Daraus resultiert die Vermutung, dass eine ansteigende Zahl von Brandverletzten mit einem entstellten Körper konfrontiert ist und lernen muss, damit umzugehen (Falder, Browne, & Edgar, 2008, zitiert nach McRobert, 2012, p. 27). Langfristige Studien zeigten auf, dass Brandverletzte resilient sind und sich an die neue Situation anpassen, dennoch sind ungefähr 30% der brandverletzten Erwachsenen mit mittleren bis schweren psychosozialen Problemen konfrontiert (Faber, Klasen, Sauer, & Vuister, 1987, Malt, 1989, zitiert nach Rosenberg et al., 2012, p.743). Al-Mousawi, Suman

und Herndon (2012, p. 10 [Übersetzung der Autorinnen]) unterstützen dies durch folgende Aussage: „Da die Erholung von einer grossen Brandverletzung eher langsam verläuft, müssen Pflegefachpersonen Qualitäten einer hochentwickelten, intensivmedizinischen Pflege mit den herausfordernden Aspekten der psychiatrischen Pflege vereinigen“. Pflegefachpersonen sind häufig die „ersten und engsten Ansprechpartner für Brandverletzte und ihre Angehörigen“ (USZ, n.d.), sie erkennen Veränderungen des Zustands und können erste Massnahmen treffen (Al-Mousawi et al., 2012). Denn „die Hauptlast der Behandlung liegt beim Pflegepersonal“ (Künzi & Wedler, 2004, p. 30), weil es aufgrund von Verbandswechseln, Überwachung, Ernährung und Mobilisation viel Zeit mit den Betroffenen verbringe (Künzi & Wedler, 2004). Ein Schwerbrandverletzter beschrieb das Verhältnis zur Pflege folgendermassen (Hall, 2012a, p. 272 [Übersetzung der Autorinnen]): „Pflegefachpersonen machen einen grossen Unterschied im Heilungsprozess aus, da sie 24 Stunden (...) anwesend sind. Es sind ihre Berührungen, ihre Fürsorge und ihr Zuhören, welche dem Patienten oder der Patientin auf dem Weg vom Brandopfer zum/ zur Verbrennungsüberlebenden helfen“. Deshalb ist es aus Sicht der Autorinnen unerlässlich, dass Pflegefachpersonen mögliche psychosoziale Auswirkungen kennen und wissen, wie sie erkannt werden können, um geeignete pflegerische Interventionen ergreifen zu können.

Im Rahmen der Ausbildungspraktika erkannten die Autorinnen, welchen Stellenwert psychosoziale Faktoren haben und wie weitreichend deren Konsequenzen sein können. Bei den Autorinnen fiel es während der Praktika manchmal schwer, psychosoziale Aspekte im Fokus zu behalten, wenn sie nicht offensichtlich waren, deshalb gingen diese im hektischen Pflegealltag unter. Die Thematik der Brandverletzungen ist spezifisch, eine Autorin war auf der spezialisierten Bettenabteilung für Brandverletzte des USZ im Praktikum und wird ab diesem Sommer als diplomierte Pflegefachfrau dort arbeiten. Beide Autorinnen waren an Brandverletzungen und deren langfristigen und breitgestreuten Auswirkungen interessiert und setzten sich intensiv damit auseinander, weshalb die Themenwahl auf dieses Gebiet fiel.

Die Autorinnen beschränken sich auf erwachsene Brandverletzte, da sie keine pädiatrische Erfahrung haben und sich die Betreuung von brandverletzten Kindern und Jugendlichen teilweise stark von Erwachsenen unterscheidet, weshalb nicht beides bearbeitet werden kann. Das Ausschliessen von kleinsten Brandverletzungen und Betroffenen, die ambulant betreut wurden, ermöglicht eine gewisse Generalisierung der Ergebnisse.

2. Fragestellung und Zielsetzung

Folgende Fragestellung ist wegweisend für die Bachelorarbeit:

Mit welchen psychosozialen Auswirkungen sind erwachsene Brandverletzte konfrontiert und wie können Pflegefachpersonen diese im stationären Setting erkennen?

Das Ziel der Arbeit ist es, dass eine Beschreibung der häufigsten psychosozialen Auswirkungen von Brandverletzungen vorliegt. Es soll zudem eine Auflistung von Beobachtungsschwerpunkten für Pflegefachpersonen vorhanden sein, um psychosoziale Problembereiche bei ihren Patienten und Patientinnen zu erkennen.

Im Theorie-Praxis-Transfer sollen aus den Resultaten abgeleitete Pflegeinterventionen in Ergänzung zum psychiatrischen und psychologischen Dienst beschrieben sein.

3. Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel stellt das notwendige theoretische Fach- und Hintergrundwissen dar, es ist für das Lesen der Bachelorarbeit notwendig.

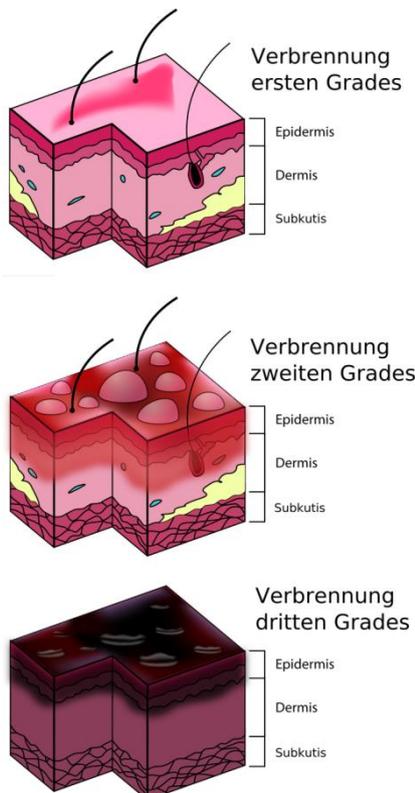
3.1 Definitionen

Die Definitionen in diesem Kapitel erklären die Begriffe, die in dieser Arbeit verwendet werden.

3.1.1 Verbrennungen

Der Pschyrembel online (Michalsen & Pschyrembel Redaktion, 2017) beschreibt eine Verbrennung als eine „Gewebeschädigung durch Hitzeeinwirkung. Verbrennungen entstehen durch Flüssigkeiten bzw. Dampf (...) oder eine direkte Flamme (...). Weitere Ursachen

Abbildung 1. Verbrennungsgrade (Poet, 2007)



sind Chemikalien (Verätzungen), Explosionen, Elektrounfälle oder Wärmeleitung über Metall (...) oder als thermische Strahlenwirkung“. Verbrennungen werden anhand der Ausdehnung und der Tiefe (vergleiche [vgl.] Abbildung 1) beurteilt. Daraus resultieren der Behandlungsplan, die Prognosen des Überlebens und der funktionellen und kosmetischen Auswirkungen (Raffoul & Berger, 2006).

Die Verbrennungstiefe wird in Gradstufen eingeteilt:

Verbrennungen ersten Grades beschränken sich auf die Epidermis, es kommt zu lokalen Schwellungen, Rötungen und Schmerzen (Brendebach, 2013; Huch & Jürgens, 2011).

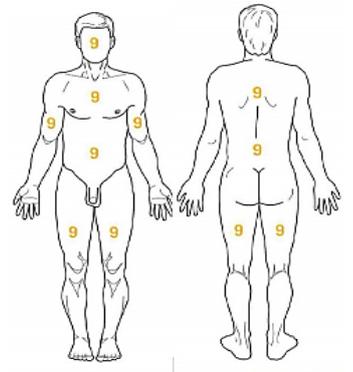
Bei **Verbrennungen zweiten Grades** sind Epidermis und Dermis betroffen, bei oberflächlichen zweitgradigen Verbrennungen ist die Rötung wegdrückbar, die Haare halten und es schmerzt stark (Brendebach, 2013; Huch & Jürgens, 2011). Tiefe zweitgradige Verbrennungen schmerzen weniger, der Blasengrund ist weisslich und die Haare halten nicht mehr (Brendebach, 2013; Huch & Jürgens, 2011).

Poet, P. (2007). Image: Burn Degree Diagram. Retrieved August 30, 2016, from https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Burn_Degree_Diagram-de.png#/media/File:Burn_Degree_Diagram-de.png

Bei **drittgradigen Verbrennungen** kommt es zur Nekrose aller Hautschichten und Hautanhangsgebilde (Brendebach, 2013; Huch & Jürgens, 2011). Die Haut ist verkohlt, schmerzlos, nicht blutend und Haare und Nägel fallen ab (Brendebach, 2013; Huch & Jürgens, 2011).

Die Ausdehnung einer Brandverletzung wird anhand der Neunerregel nach Wallace (1951, zitiert nach Raffoul & Berger, 2006, p. 245) beurteilt, die den Körper in unterschiedliche Regionen einteilt (vgl. Abbildung 2). Jede Region entspricht 9% der Gesamtkörperoberfläche, für den Genitalbereich wird 1% berechnet (Wallace, 1951, zitiert nach Raffoul & Berger, 2006, p. 245). Zur Berechnung der verbrannten Körperoberfläche werden nur Verbrennungen zweiten und dritten Grades gezählt (Regojo, 2003). Die gebräuchliche Abkürzung für die Körperoberfläche ist „TBSA“ (total body surface area [Hartford, 2012]), diese wird in dieser Bachelorarbeit verwendet.

Abbildung 2. Neunerregel nach Wallace (Künzi & Wedler, 2004)



3.1.2 Psychosoziale Auswirkungen

Merriam-Webster (2015, [elektronische Version]) beschreibt zwei Definitionen von „psychosozial“: Das Involviert-Sein von psychischen und sozialen Aspekten und eine Abhängigkeit zwischen sozialen Gegebenheiten und der psychischen Gesundheit. Die Autorinnen verstehen unter „psychosozialen Auswirkungen von Brandverletzungen“ die Veränderung und die gegenseitige Beeinflussung von psychischen und sozialen Faktoren bei einer Brandverletzung.

3.1.3 Erwachsene

Die Begriffe „erwachsen“ und „Erwachsene“ werden im Sinne der gesetzlichen Volljährigkeit verwendet. Im Artikel 14 des Zivilgesetzbuchs ist festgelegt, dass diese in der Schweiz mit dem vollendeten 18. Lebensjahr eintritt (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016, [elektronische Version]).

3.1.4 Pflegefachpersonen

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) beschreibt Pflegefachpersonen folgendermassen: „Pflegefachpersonen werden an Fachhochschulen FH und Höheren Fachschulen HF auf Tertiärstufe ausgebildet oder sie verfügen über ein vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkanntes Diplom in Pflege (SBK, 2011, p. 8)“. Diese Bachelorarbeit richtet sich an Pflegefachfrauen und -männer, da diese „die Verantwortung für alle im Pflorgeteam ausgeführten Arbeiten und den gesamten Pflegeprozess“ tragen (SBK, 2011, p. 20).

3.1.5 Stationäres Setting

Spitäler der Schweiz (H+) beschreiben stationäre Behandlung folgendermassen:

Als stationäre Behandlung (...) gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital (...): a. von mindestens 24 Stunden; b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird; c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital (...). (Besson, Salzmann, & H+, 2008, p. 1).

Die Autorinnen zählen zum „stationären Setting“ auch die stationäre Rehabilitation im Sinne der Krankenpflege-Leistungsverordnung Anhang 1, Ziffer 11 (H+, 2013).

3.2 Konzepte

Folgende Beschreibungen ermöglichen ein Verständnis von relevanten Konzepten, die für diese Bachelorarbeit relevant sind.

3.2.1 Körperbild

Das Körperbild „beinhaltet auch die innere Repräsentanz der eigenen Figur (...). Dieses sogenannte Körperschema muß nicht identisch mit der objektiven Körperform sein“ (Daszkowski, 2003, p. 9). Das Körperbild sei ein dynamisches Konzept, bei welchem die Gefühle nicht einfach bzw. statisch seien (Secord & Jourad, 1953, Kolb, 1975, zitiert nach Price, 1990, p. 585). Eine Körperbildstörung sei eine „Verwirrung bezüglich des mentalen Bildes über das eigene physische Selbst“ (North American Nursing Diagnosis Association [NANDA] International, 2013, p. 308). Anhand bestimmender Merkmale und beeinflussender Faktoren wird die Pflegediagnose „Körperbildstörung“ erstellt (NANDA International, 2013).

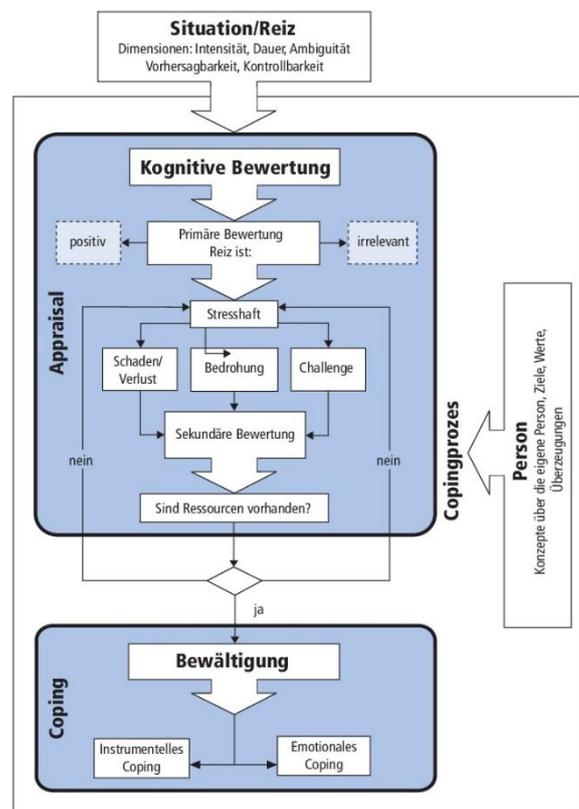
3.2.2 Stressmodell nach Lazarus und Coping

Lazarus definiert Stress folgendermassen: „Psychologischer Stress bezieht sich auf eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern“ (Lazarus & Folkman 1984, S. 63, übersetzt durch und zitiert nach Franke, 2012, p. 118).

Das Stressmodell nach Lazarus beinhaltet drei Phänomene: Stress, Appraisal und Coping, die untrennbar miteinander verbunden sind (Franke, 2012). Stress sei nur das, was von einer Person als solcher bewertet werde, und nur dann komme es zur Notwendigkeit des Copings. Abbildung 3 zeigt eine grafische Darstellung des Stressmodells nach Lazarus.

Lazarus und Folkman definieren Coping als „die sich dauernd verändernden kognitiven und verhaltensmäßigen Anstrengungen, spezifische externe und/ oder internale Anforderungen zu bewältigen (*manage*), die von der Person so eingeschätzt werden, dass sie ihre Ressourcen beanspruchen oder übersteigen“ (Lazarus & Folkman 1984, p. 141, zitiert nach und übersetzt durch Franke, 2012, p. 120). Es gibt zwei Arten des Copings: das problembezogene, instrumentelle Coping und das emotionsbezogene Coping, nahezu alle Verhaltensweisen dienen beiden Funktionen (Franke, 2012). Es ist vorteilhaft, viele verschiedene Copingstrategien zu kennen und flexibel einzusetzen (Franke, 2012).

Abbildung 3. Stressmodell nach Lazarus (Franke, 2012)



3.2.3 Resilienz

Resilienz ist die „psychische Widerstandsfähigkeit von Menschen, die es ermöglicht, selbst widrigste Lebenssituationen und hohe Belastungen ohne nachhaltige psychische Schäden zu bewältigen“ (Meyers Universallexikon, 2007 zitiert nach Franke, 2012, p. 185). Resiliente Personen haben laut Franke (2012) starke innere Kontrollüberzeugungen, eine wenig neurotische Persönlichkeit, können ihre Fähigkeiten

realistisch einschätzen, Krisen und Schicksalsschläge zügig verarbeiten und dabei häufig auf ein gutes soziales Netz zurückgreifen.

3.3 Behandlungsablauf

Schwerbrandverletzte und Betroffene mit grösseren Verbrennungen werden vom Rettungsdienst beziehungsweise der Rettungsflugwacht in ein spezialisiertes Zentrum gebracht (USZ, n.d.). Kleinere Verbrennungen können in einem lokalen Spital beurteilt und gegebenenfalls behandelt werden (USZ, n.d.). Die Initialbehandlung Schwerbrandverletzter beinhaltet das Monitoring der Vitalzeichen und der Kerntemperatur, da viele Brandverletzte bei Spitaleintritt hypotherm sind, was das Sterblichkeitsrisiko stark erhöht (Brendebach, 2013; HSM, 2016b). Das Débridement (Abtragen von nekrotischen Stellen und Brandblasen) und die Desinfektion erfolgen in einer Badewanne (Künzi & Wedler, 2004). Anhand der Tiefe und der Ausdehnung der Brandverletzung werden erste Massnahmen getroffen und ein Therapiekonzept festgelegt (Künzi & Wedler, 2004; USZ, n.d.). Tiefe Verbrennungswunden müssen mit chirurgischen Interventionen behandelt werden, damit sie erfolgreich heilen können, dazu können Hautverpflanzungen (Transplantation von Spalthaut, von gezüchteten Hautzellen oder Hautersatz zur temporären Wundabdeckung) notwendig sein (USZ, n.d.). Ist keine intensivmedizinische Betreuung mehr notwendig, werden Brandverletzte auf eine spezialisierte Bettenabteilung mit separatem Verbandszimmer und Badewanne verlegt (USZ, n.d.). Physio- und ergotherapeutische Massnahmen sind vor allem notwendig, wenn die Beweglichkeit eines Gelenks erhalten beziehungsweise wiederhergestellt werden soll (USZ, n.d.).

Hypertrophe Narben können bei einer Spontanheilung tiefer Brandverletzungen und nach Hauttransplantationen entstehen (USZ, n.d.). Ein gleichmässiger und andauernder Druck auf das Gewebe kann die Entstehung verringern, was das Tragen von massgeschneiderter Kompressionskleidung während 12-24 Monaten nach der Brandverletzung erfordert (USZ, n.d.). In der Deutschschweiz verbringen Brandverletzte, falls notwendig, die Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik Bellikon, die eng mit dem USZ zusammenarbeitet und langjährige Erfahrung besitzt (Rehaklinik Bellikon, 2016).

4. Methodik

In diesem Kapitel werden das allgemeine Vorgehen, die Literaturrecherche und die Bewertung der Literatur dargestellt.

4.1. Allgemeines Vorgehen

Hauptartikel zur Beantwortung der Fragestellung wurden mittels einer systematisierten Literaturrecherche gesucht und anschliessend analysiert. Daraus konnten Ergebnisse hinsichtlich möglicher psychosozialer Auswirkungen gezogen werden. Da zu wenig Literatur zum Aufzählen von Beobachtungsschwerpunkten vorhanden war, fokussierten sich die Autorinnen, nach Absprache mit der Betreuungsperson, auf Assessmentinstrumente. Auf diese wurde in den Hauptartikeln verwiesen, zur genauen Bearbeitung wurde zusätzliche Literatur beigezogen. Im Rahmen des Theorie-Praxis-Transfers wurde ein Merkblatt erstellt, darauf werden psychosozialen Auswirkungen, Assessmentinstrumenten und pflegerischen Interventionsvorschlägen dargestellt.

Zeitgleich zur systematisierten Literaturrecherche wurde weitere Literatur (Bücher, Artikel, Filmbeiträge etc.) gesammelt. Diese zusätzliche Literatur, sowie Studien, die nicht für den Hauptteil verwendet wurden, konnten als Grundlagenwissen für den theoretischen Hintergrund, als Ergänzungen für den Theorie-Praxis-Transfer und die Einleitung verwendet werden. Die Autorinnen besuchten Anfang März die Rehabilitationsklinik Bellikon und das USZ. Dort konnten sie mit unterschiedlichen Fachpersonen Gespräche führen, die in dieser Arbeit verwendeten Informationen wurden durch die involvierten Personen gegengelesen.

Die Erstellung der Quellenangaben und des Literaturverzeichnisses wurde mit dem Literaturverwaltungsprogramms Mendeley gemacht. Das Merkblatt für den Theorie-Praxis-Transfer wurde mithilfe des Programms Publisher erstellt.

Mittels Peer-Feedback in einem interprofessionellen Team und Rückmeldungen gegenlesender fachfremder Personen wurde der Text überarbeitet.

4.2. Literaturrecherche

Bei der Literaturrecherche wurde systematisiert vorgegangen. Die Suche erfolgte in fünf Datenbanken. Vier Datenbanken waren pflegerelevant: PubMed, CINAHL, Cochrane Library und PILOTS. PsycINFO wurde als berufsfremde Datenbank hinzugezogen, da die Fragestellung berufsübergreifende Bereiche tangiert.

Die Literaturrecherche in den Datenbanken erfolgte mit Keywords (vgl. Tabelle 1) und Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“. Limits wurden bei der Sprache (Englisch, Französisch und Deutsch), beim Alter (Erwachsene) und gegebenenfalls beim Publikationsdatum (maximal zehn Jahre alt) gesetzt.

Tabelle 1
Keywords auf Deutsch und Englisch (Steiger & Zeller, 2017)

	Keywords (Deutsch)	Keywords (Englisch)
Phänomen	<ul style="list-style-type: none"> - psychosoziale Auswirkungen - die Psyche und das Sozialverhalten betreffend - Erfahrung/ erleben 	<ul style="list-style-type: none"> - psychosocial - psychosocial impact - psychosocial factor - mental impact - psychic impact - psych* - social - psychological effect - (to) experience
Setting	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Behandlung - Verbrennungsstation - Rehabilitation - Intensivstation 	<ul style="list-style-type: none"> - hospital - burn unit/ service - inpatient treatment - stationary - rehabilitation - intensive care unit
Population	<ul style="list-style-type: none"> - Brandverletzte - Schwerbrandverletzte - Brandopfer - Verbrennungspatienten und Verbrennungspatientinnen 	<ul style="list-style-type: none"> - burn victim - burn survivor - burn patient - burn injury/ injuries - severe/ major burn
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> - beobachten - Beobachtungsschwerpunkte - Pflegeintervention/ -massnahme - Pflegefachpersonen - pflegen, pflegerisch - Pflegehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> - observe/ observation - witness - monitor/ notice - nurs* - nursing care - nursing intervention - (to) care

Die Resultate wurden anhand des Titels als relevant oder unwichtig eingestuft. Hierbei wurden 379 relevante Treffer, inklusive Duplikate, gefunden. Ausserdem wurden 40 Vorschläge von Studien der Datenbanken, des Literaturverwaltungsprogramms Mendeley, sowie der Website ScienceDirect von Elsevier anhand des Titels zur weiteren Kontrolle ausgewählt. In den Literaturverzeichnissen der auf den ersten Blick relevanten Studien wurde unsystematisch nach weiterer passender Literatur gesucht.

Die Abstracts der 293 relevanten Treffer (exklusive Duplikate) wurden gelesen und anhand der Kriterien in Tabelle 2 ein- beziehungsweise ausgeschlossen.

Tabelle 2
 Ein- und Ausschlusskriterien mit Begründung (Steiger & Zeller, 2017)

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Brandverletzungen, keine Bagatellbrandverletzungen	Bagatellbrandverletzungen und andere Verletzungsmuster	In der Fragestellung definierte Population, Bachelorarbeit befasst sich gezielt mit dem Phänomen einer Brandverletzung.
Erwachsene	Kinder und Jugendliche	In der Fragestellung definierte Population, das Miteinfassen von Kindern und Jugendlichen würde den Rahmen der Bachelorarbeit sprengen, da ihre Entwicklung nach einer Brandverletzung anders als bei Erwachsenen verläuft (Entwicklungsschritte, Adaption an die „neue“ Situation, enge Begleitung durch die Eltern, etc.)
stationäres Setting	ambulantes Setting	In der Fragestellung definiertes Setting Pflegefachpersonen arbeiten im stationären Setting eng mit Betroffenen zusammen, was das Erkennen von Veränderungen zeitnaher ermöglicht. Ambulantes und stationäres Setting unterscheiden sich stark, was eine Verallgemeinerung unmöglich macht.
psychosoziale Auswirkungen oder Erleben	psychiatrische Diagnosen, physische Auswirkungen	In der Fragestellung definiertes Phänomen Psychiatrische Diagnosen betreffen die Pflege auch, diese werden vom ärztlichen Dienst diagnostiziert und (pharmakologische) Interventionen geplant. Psychosoziale Auswirkungen können im „Alltag“ untergehen, weshalb es unabdingbar ist, dass Pflegefachpersonen darüber informiert sind. Das Miteinbeziehen von Erleben ermöglicht es, die Sicht von Betroffenen zu erfassen.
deutsch-, englisch- oder französischsprachige Studien	andere Sprache	Die Autorinnen beherrschen die genannten Sprachen.
Westliche und industrialisierte Länder	Schwellen- und Drittweltländer	Der Gesundheitsstandard der gewählten Länder ist vergleichbar mit demjenigen der Schweiz.

Die Autorinnen entschieden gemeinsam mit der Betreuungsperson, integrative Reviews in die Bachelorarbeit einzuschliessen. Diese Entscheidung basiert auf dem „Evidence based practice“-Modell von Rycroft-Malone et al. (2004), welches nebst Forschungsergebnissen,

Kontextfaktoren und Präferenzen der Betroffenen auch die Expertise von Fachpersonen als wichtige Entscheidungsgrundlage anerkennt.

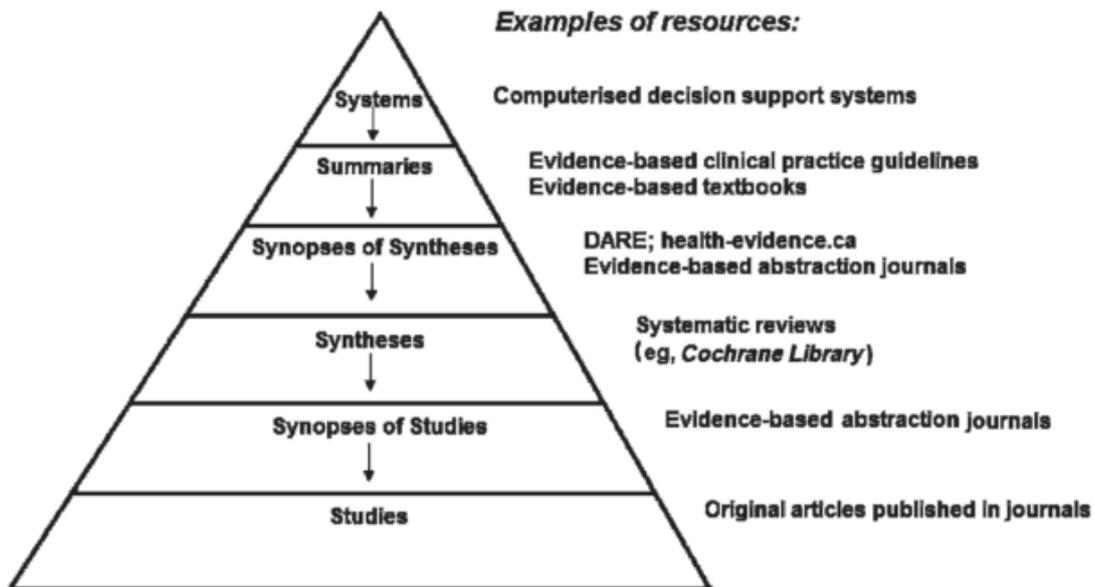
Studien mit Publikationsdatum älter als 10 Jahre wurden genau gelesen und ein Einschluss abgewogen.

Die Literaturrecherche gestaltete sich aufwändig, da die Datenlage knapp war und viele Studien nicht allen Einschlusskriterien entsprachen. Viel Literatur konnte erst beim Durchlesen der gesamten Studie eingeschätzt werden und musste dann ausgeschlossen werden. In Absprache mit der Betreuungsperson wurde aufgrund der spärlichen Datenlage die Fragestellung im Januar 2017 leicht angepasst, was teilweise eine erneute Literatursuche erforderte. Die Literaturrecherche erstreckte sich über mehrere Monate und ist im Anhang A ersichtlich. Schlussendlich konnten acht Hauptquellen in die Analyse eingeschlossen werden.

4.3 Beurteilung der Literatur

Die Literatur wurde anhand den Leitfragen des Arbeitsinstrumentes für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels (AICA) (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) zusammengefasst. Die kritische Würdigung und Einschätzung der Güte der systematischen Reviews geschah mit dem Critical Appraisal Skills Programme (CASP) für Reviews (Public Health Resource Unit [PHRU], 2006), dieses wurde in Absprache mit der Betreuungsperson auch für integrative Reviews verwendet. Die Studien wurden anhand der AICA-Leitfragen (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) gewürdigt. Die Güte der qualitativen Studien wurde anhand der Kriterien von Lincoln und Guba (1985, zitiert nach Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2009, pp. 39–40) beurteilt, die Einschätzung der quantitativen Studie geschah mit den Kriterien von Bartholomeyczik, Linhart, Mayer und Mayer (2008, zitiert nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015, p. 16). Die Beurteilung der Evidenz erfolgte mit der 6S-Pyramide nach DiCenso, Bayley und Haynes (2009), vgl. Abbildung 4.

Abbildung 4. 6S-Pyramide (DiCenso et al., 2009)



5. Ergebnisse

Es wurden vier Reviews, drei qualitative Studien und eine Studie mit quantitativem Ansatz eingeschlossen. Genauere Angaben siehe Tabelle 3.

Nach der Tabelle sind die Zusammenfassungen, Würdigungen und Einschätzungen der Güte zu finden. Es wurden nur die für die vorliegende Bachelorarbeit relevanten Aspekte besprochen, die ausgefüllten AICA-Raster (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) und die CASP für Reviews (PHRU, 2006) sind im Anhang B ersichtlich.

Tabelle 3
Übersicht eingeschlossene Hauptartikel (Steiger & Zeller, 2017)

Titel des Artikels	Design/ Ansatz	Fragestellung Ziel der Studie	Stichprobe/ Primärliteratur	Kernaussagen/ Resultate	Evidenz- level ¹
Autoren/ Autorinnen und Jahr Land		eventuell Hypothesen			
Psychosocial care of persons with severe burns	Integratives Review	Sichtweise der Forschenden in der psychosozialen Betreuung von Schwerbrandverletzten aufzeigen Sieben Guidelines erstellen, die dieser Philosophie entsprechen	Folgende Studien wurden eingeschlossen: 1. Faber, Klases, Sauer und Vuister (1987) 2. Patterson, Everett, Bombardier, Questad, Lee und Marvin (1993) 3. Blakeney, Herndon, Desai, Beard und Wales-Sears (1988) 4. Blakeney, Meyer, Robert, Desai, Wolf und Herdon (1998) 5. Sheridan et al. (2000) 6. Morriy und Mcfadd (1978) 7. Watkins, Cook, May und Ehleben (1988) 8. Haynes (1967) 9. Rivlin, Forshaw, Polowyi und Woodruff (1986)	- kulturelle Sensibilität gefordert - Phasen der Genesung: • Eintrittsphase • Phase auf der Intensivstation • stationäre Erholungsphase • Reintegrationsphase - in jeder Phase werden mögliche Symptome und Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt - sieben Guidelines	zweitunterste Stufe
Blakeney, Rosenberg, Rosenberg und Faber (2008)					
Länder der Studien unbekannt					
Forschende kommen aus den Vereinigten Staaten von Amerika und den Niederlanden					
Burn injuries lead to behavioral changes that impact engagement in sexual and social activities in females	Qualitative, phänomenologische Studie	Erfahrungen betreffend Sexualität und Körperbildstörung nach einer Brandverletzung bei Frauen aufzeichnen Hypothese 1: Bei Frauen, welche eine Brandverletzung erlitten, zeigt sich ein Zusammenhang zwischen	n = 5 • 0 Männer • 5 Frauen Alter 19-27 Jahre TBSA 1-49% Hospitalisationsdauer: nicht aufgezeichnet	- Unzufriedenheit über das eigene Körperbild • Sichtbare/ versteckte Narben • Vermindertes Körperbild und abnehmendes Selbstwertgefühl • Die Bedeutung des Aussehens vor der Brandverletzung	unterste Stufe
Connell, Coates und Wood (2015)					
Westaustralien					

Titel des Artikels Autoren/ Autorinnen und Jahr Land	Design/ Ansatz	Fragestellung Ziel der Studie eventuell Hypothesen	Stichprobe/ Primärliteratur	Kernaussagen/ Resultate	Evidenz- level ¹
		verminderter Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und der sexuellen Wertschätzung. Hypothese 2: Probleme mit Körperbild und Sexualität werden im Prozess der Rehabilitation zu wenig angesprochen.		- Veränderungen in der sexuellen Wertschätzung und Zufriedenheit <ul style="list-style-type: none"> • soziale Aktivitäten • sexuelle Aktivitäten - Anpassung an den brandverletzten Körper <ul style="list-style-type: none"> • Reaktionen anderer • Einfluss auf das tägliche Leben - Gedanken zur Pflege in Bezug auf Sexualität und Körperbild <ul style="list-style-type: none"> • Erwartungen an das Behandlungsteam • Einfluss des Behandlungsprozesses • Vorschläge für die Zukunft - Übersichtsmodell für nachbehandelnde Institutionen	
Psychological adjustments made by postburn injury patients: An integrative literature review. Klinge, Chamberlain, Redden und King (2009) Länder der Studien unbekannt Forschende kommen aus Australien	systematisches Review Es handelt sich um ein systematisches Review im deutschsprachigen Sinne, obwohl im Titel des Reviews „integrative review“ steht.	Faktoren identifizieren, die Brandverletzte für eine Fehlanpassung gefährden Betreuungsmodell entwickeln, um den Gesundheitsfachpersonen die Folgeerscheinungen von Verbrennungen aufzuzeigen	Folgende Studien wurden eingeschlossen: 1. Fauerbach et al. (1997) 2. Fauerbach, Lawrence, Munster, Palombo und Richter (1999) 3. Fauerbach et al. (2001) 4. Fauerbach, Heinberg, Lawrence und Bryant (2002) 5. Fauerbach et al. (2005) 6. Fauerbach et al. (2007) 7. Gilboa, Bisk, Montag und Tsur (1999) 8. Kildal (2003)	Sechs Variablen, die die Anpassung nach einer Verbrennung beeinflussen: - Psychischer Status vor der Brandverletzung - Beruflicher Status vor der Brandverletzung - Persönlichkeit und Bewältigungsstil - Effektivität von Unterstützungs-Netzwerken - Verbrennungscharakteristiken - Gender	zweitunterste Stufe

Titel des Artikels Autoren/ Autorinnen und Jahr Land	Design/ Ansatz	Fragestellung Ziel der Studie eventuell Hypothesen	Stichprobe/ Primärliteratur	Kernaussagen/ Resultate	Evidenz- level ¹
<p>Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: An integrative review</p> <p>Kornhaber, Wilson, Abu-Qamar und McLean (2014)</p> <p>Länder der Studien: Australien (1) Brasilien (4) China (1) Vereinigte Staaten von Amerika (2) Norwegen (2) Schweden (2) Deutschland (1) United Kingdom (1)</p>	<p>systematisches Review</p> <p>Es handelt sich um ein systematisches Review im deutschsprachigen Sinne, obwohl im Titel des Reviews „integrative review“ steht.</p>	<p>persönliche Vorstellungen und Erfahrungen von erwachsenen Brandverletzten während der Rehabilitation erfassen, um so die Einflussfaktoren verstehen zu können</p>	<p>9. Kleve und Robinson (1999) 10. Lawrence und Fauerbach (2003) 11. Lawrence, Fauerbach, Heinberg und Doctor (2004) 12. Patterson und Ford (2000) 13. Tedstone, Tarrier und Faragher (1998) 14. Thombs et al. (2008) 15. Wallis et al. (2006) 16. Wikehult et al. (2005) 17. Wisely, Hoyle, Tarrier und Edwards (2007)</p> <p>Folgende Studien wurden eingeschlossen: 1. Badger und Royse (2010) 2. Ciofi-Silva, Rossi, Dantas, Costa, Echevarria-Guanilo und Ciol (2010) 3. Costa, Rossi, Lopes und Ciofi (2008) 4. Dahl, Wickman und Wengstrom (2012) 5. Goncalves, Echevarria-Guanilo, de Carvalho, Miaso und Rossi (2011) 6. Mackey et al. (2009) 7. Moi und Gjengedal (2008) 8. Moi, Vindenes und Gjengedal (2008) 9. Na (2008)</p>	<p>- Der Einfluss von Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familie und Freunde • Professionelle Hilfe • Peer-Support <p>- Coping-Strategien und Akzeptanz - Die Bedeutung der Arbeit - Physische Veränderungen und Einschränkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen • Verändertes Aussehen • Physische Einschränkungen 	<p>zweitunterste Stufe</p>

Titel des Artikels Autoren/ Autorinnen und Jahr Land	Design/ Ansatz	Fragestellung Ziel der Studie eventuell Hypothesen	Stichprobe/ Primärliteratur	Kernaussagen/ Resultate	Evidenz- level ¹
<p>The patient–body relationship and the “lived experience” of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment</p> <p>McLean et al. (2015)</p> <p>Australien</p>	<p>Qualitative, deskriptive, phänomenologische Studie</p>	<p>Einblick in die „gelebten Erfahrungen“ von Menschen mit einer Gesichtsvverbrennung gewinnen</p> <p>Fokus auf die möglichen Veränderungen in der Beziehung mit dem Körper und die frühe psychosoziale Anpassung</p>	<p>n=6</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 Männer • 2 Frauen <p>Alter 29-55 Jahre</p> <p>TBSA 0.8-55%</p> <p>Hospitalisationsdauer 3-60 Tage</p>	<p>- Beziehung zu sich selbst und anderen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frühe Veränderungen im Selbstbild und erhöhtes Körperbewusstsein • Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen • Altruismus <p>- Coping</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoffnung bezüglich Erholung • Positive Rationalisierungen, Resilienz und Reflektionen • Humor als Copingstrategie <p>- Sinnbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiedererzählen der traumatischen Geschichte: Furcht, Panik und psychischer Schock • Den Grund des Unfalls suchen • Geschichten von vorhergehenden Traumata • Spiritualität 	<p>unterste Stufe</p>

Titel des Artikels	Design/ Ansatz	Fragestellung Ziel der Studie	Stichprobe/ Primärliteratur	Kernaussagen/ Resultate	Evidenz- level ¹
Autoren/ Autorinnen und Jahr Land		eventuell Hypothesen			
<p>Memories of pain after burn injury – The patients’ experience</p> <p>Tengvall, Wickman und Wengström (2010)</p> <p>Durchführungsort der Studie unklar, vermutlich Schweden, sicher industrialisiertes Land</p>	Qualitative, phänomenologische Studie	Erfahrungen und Erinnerungen von brandverletzten Patientinnen und Patienten hinsichtlich Schmerzen zu beschreiben, damit Fachpersonen ersichtlich ist, was für die Betroffenen relevant ist	<p>n= 12</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 Männer • 4 Frauen <p>Alter 19-72 Jahre</p> <p>TBSA 3-40%</p> <p>Hospitalisationsdauer 8-45 Tage</p>	<p>- Erinnerungen an den Unfall</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewusst werden der Schmerzen • Pragmatisches Coping <p>- Erinnerungen an Transport/ Notfallstation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerz zulassen • Hilfe anderer zulassen <p>- Erinnerungen an den stationären Aufenthalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Schmerzerlebnisse (Schmerzen bei einer Behandlung, erschöpfender Schmerz) • Umgang mit dem Schmerz <p>- Austritt nach Hause</p> <ul style="list-style-type: none"> • empfindliche Haut • Perspektiven 	unterste Stufe
<p>Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery</p> <p>Wiechman Askay und Magyar-Russell (2009)</p> <p>Länder der Studien unbekannt</p> <p>Forschende kommen aus den Vereinigten Staaten von Amerika</p>	Review, genaueres unklar	Konzepte „post-traumatic growth (PTG)“ und „Religion/ Spiritualität“ nach Brandverletzungen	<p>75 Quellen verwendet, hauptsächlich folgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Linley und Joseph (2004) 2. Magyar-Russell et al. (2007) 3. Rosenbach und Renneberg (2008) 4. Zoellner und Maercker (2006) 	<p>Grösstes posttraumatisches Wachstum bei Brandverletzten in den Bereichen „höhere Würdigung des Lebens“, „Verstärkung von persönlichen Beziehungen“ und einem „grösseren Sinn für persönliche Stärke“</p> <p>Stärkste Prädiktoren für PTG: aktive Bewältigungsstrategie, soziale Unterstützung und weibliches Gender</p> <p>Keine Assoziation mit PTG: Verbrennungsschwere, das Fehlen von psychischer Belastung und die Lebensqualität</p>	zweitunterste Stufe

Titel des Artikels	Design/ Ansatz	Fragestellung Ziel der Studie	Stichprobe/ Primärliteratur	Kernaussagen/ Resultate	Evidenz- level ¹
Autoren/ Autorinnen und Jahr Land		eventuell Hypothesen			
Evaluation of negative emotional care experiences in burn care	Quantitative Studie, vermutlich Querschnittsdesign	Erinnerungen an negative emotionale Erfahrungen in der Betreuung und Pflege während der Verbrennungsbehandlung untersuchen	n= 42 <ul style="list-style-type: none"> • 34 Männer • 8 Frauen Alter 23-92 Jahre TBSA 0.5-80% Hospitalisationsdauer 1-183 Tage	Insgesamt tiefe Levels von negativen Emotionen Häufigste negative Erfahrung war „Machtlosigkeit“	unterste Stufe
Wikehult, Hedlund, Marsenic, Nyman und Willebrand (2008)					
Schweden					

¹ Nach der 6S-Pyramide von DiCenso et al. (2009)

5.1 Blakeney et al.

Das integrative Review „Psychosocial care of persons with severe burns“ von Blakeney et al. (2008) beschäftigte sich mit der psychosozialen Betreuung von Brandverletzten.

5.1.1 Zusammenfassung

Die Forschenden zeigten ihre Sichtweise der psychosozialen Betreuung von Schwerbrandverletzten mit Ergänzungen bestehender Literatur auf. Es wurden insgesamt neun Studien eingeschlossen.

Die Kultur der Brandverletzten und deren Familien erfordere eine kulturelle Sensibilität seitens des Behandlungsteams, weil Traditionen einen Einfluss auf die Behandlung, das Wohlbefinden und die Partizipation der Betroffenen hätten.

Die unterschiedlichen Phasen der Genesung erfolgten nach einem Schema und seien relativ vorhersagbar und konsistent (Watkins et al., 1988, zitiert nach Blakeney et al., 2008, p. 435). So könnten Fachpersonen Betroffene auf kommende Probleme vorbereiten, was ein besseres Coping ermöglichen würde. Die Forschenden unterschieden vier Phasen der Genesung, welche alle Brandverletzten im Spital durchliefen: Eintrittsphase, Phase auf der Intensivstation, stationäre Erholungsphase und Reintegrationsphase. Bei allen Phasen wurden unterschiedliche Schwerpunkte und Problembereiche der Brandverletzten aufgezeigt und mögliche psychotherapeutische Massnahmen, zusätzlich zum psychologischen Dienst, genannt.

In Tabelle 4 sind typische Symptome den jeweiligen Phasen im Spital zugeordnet. Die Tabelle wurde durch die Autorinnen der Bachelorarbeit übersetzt und mit Aussagen aus dem Text des Reviews ergänzt, die Tabelle inklusive Interventionsvorschläge ist im Anhang B1a ersichtlich.

Tabelle 4
 Mögliche Symptome nach Phasen (nach Blakeney et al., 2008, Anpassung, Ergänzung und Übersetzung durch Steiger & Zeller, 2017)

Mögliche Symptome	Eintrittsphase	Phase auf der Intensivstation	stationäre Erholungsphase	Reintegrationsphase
Angst vor Isolation und Zurückweisung			x	
emotionale Labilität			x	
Akutes Stresssyndrom		x		
Posttraumatisches Belastungssyndrom				x
Phobien				x
Aufarbeitung		x		
Depersonalisation		x		
Angst, Schreck	x	x		x
Hilflosigkeit				x
Angst vor sexuellen Aktivitäten				x
Dissoziierung	x	x		
Depression		x	x	x
kognitive Einschränkungen	x	x		
Hilflosigkeit		x		
Anpassungsschwierigkeiten				x
Hoffnungslosigkeit			x	
Psychosen, Delirium		x		
Schlafstörungen		x	x	x
Schmerzen	x	x	x	
Schuldgefühle	x	x	x	x
Suizidgedanken			x	
Traurigkeit, Trauer, Kummer	x	x	x	
Veränderung Selbstbildnis			x	
Verhaltensstörungen				x
vermindertes Wohlbefinden		x		
Verunsicherung				x
Verwirrung		x		
Viktimisierung				x
Wut, Rage			x	
Zerfall		x		
Zukunftsangst			x	

Die Forschenden erarbeiteten sieben Guidelines, die ihre Haltung im Umgang mit Brandverletzten darstellen und als Behandlungsempfehlung beachtet werden können. Zusätzliche Angaben siehe Anhang B1.

5.1.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl

Die Würdigung und Einschätzung der Güte erfolgte mithilfe des CASP für Reviews (PHRU, 2006). Der Artikel beschäftigt sich mit einem Thema, das für die Pflegepraxis und diese Bachelorarbeit relevant ist. Es werden weder Ziel noch Fragestellung genannt, was designbedingt zulässig ist. Das Thema wird mit wenig Literatur und viel klinischem Wissen

der Forschenden dargestellt. Der Aufbau der Arbeit entspricht nicht dem Raster einer wissenschaftlichen Arbeit, was designbedingt zulässig ist. Nur wenige Aussagen im Review sind mit Literatur belegt, diese ist eher alt und stammt teilweise von den Autorinnen dieses Reviews. Bei den anderen Aussagen ist davon auszugehen, dass dies der klinischen Erfahrung der Forschenden entspricht. Es werden keine Diskrepanzen, Limitationen oder Stärken besprochen. Die aufgezählten Symptome und Interventionsvorschläge sind nicht mit Literatur belegt, was die Aussagekräftigkeit beeinträchtigt. Die Qualität ist durch die oben genannten Faktoren in Frage zu stellen, die Ergebnisse lassen sich dennoch auf die Situation von Brandverletzten in der Schweiz übertragen, da viel Fachwissen der Forschenden einfließt.

Dieses Review wurde ausgewählt, da es Anteile enthält, die zur Beantwortung der Fragestellung essentiell und in anderer Literatur nicht enthalten sind. Die pflegerischen Interventionsvorschläge ergänzen andere Literatur.

5.2 Connell et al.

Die Studie „Burn injuries lead to behavioral changes that impact engagement in sexual and social activities in females“ von Connell et al. (2015) ist eine qualitative, phänomenologische Studie.

In dieser Studie wird von „body image dissatisfaction“ gesprochen, als deutsche Übersetzung wurde „Körperbildstörung“ gewählt, angelehnt an die Pflegediagnose von NANDA International (NANDA International, 2013). Die dort beschriebenen Merkmale und beeinflussenden Faktoren passen mit der Verwendung von „body image dissatisfaction“ in der vorliegenden Studie überein, obwohl NANDA International (2013) „Körperbildstörung“ mit „disturbed body image“ übersetzt.

5.2.1 Zusammenfassung

Die Forschenden beschäftigten sich mit dem Zusammenhang zwischen einer Brandverletzung und Sexualität und Körperbildstörungen bei Frauen. Die Forschenden wollten die bestehende Forschung mit Erfahrungsberichten von Patientinnen ergänzen. Sie hatten zwei Hypothesen (vgl. Tabelle 3) gebildet und führten fünf semi-strukturierte Interviews durch. Zwei Personen analysierten die Daten unabhängig voneinander, es wurden unterschiedliche Bereiche identifiziert und danach ein Modell erarbeitet. Die Ergebnisse wurden in vier

Themen und zehn Unterthemen aufgeteilt, vgl. Tabelle 3. Die Unzufriedenheit über das eigene Körperbild war davon abhängig, ob Narben sichtbar oder versteckt waren. Bei sichtbaren Narben wurde Unbehagen und Abscheu, bei versteckbaren Narben wurde Erleichterung genannt. Körperbildstörungen und abnehmendes Selbstwertgefühl traten bei allen Patientinnen auf. Hier erwähnen die Forschenden eine Diskrepanz in der Literatur. Während zwei Studien keinen Zusammenhang zwischen Körperbildstörung, Selbstwertgefühl und Depressionen im Vergleich zu TBSA und Ort der Narben aufzeigten (Orr, Reznikoff, & Smith, 1989, Heineberg, Fauerbach, Spence, & Hackerbach, 1997, zitiert nach Connell et al., 2015, p. 80), kam eine andere Studie auf gegensätzliche Ergebnisse (Connell, Phillips, Coates, Doherty-Poirier, & Wood, 2014, zitiert nach Connell et al., 2015, p. 80), was durch die vorliegende Studie gestützt wurde. Die Brandverletzung, ermüdende Therapien und möglicherweise eine Trennung, führten zu einem sozialen Rückzug. Trauer über den Verlust des früheren Aussehens und die Veränderung der Sexualität wurden genannt. Das Aussehen vor der Brandverletzung hatte einen Einfluss auf das Körperbild danach. Es wurde eine Abnahme der Zufriedenheit bei sozialen Aktivitäten (Schwierigkeiten mit sozialen Interaktionen und Aufbauen von Freundschaften, Angst vor Reaktionen anderer), der sexuellen Wertschätzung und der Zufriedenheit mit sexuellen Aktivitäten (Qualitätsabnahme, Veränderung der sexuellen Aktivität, Quantitätsabnahme) beobachtet. Die Anpassung an den brandverletzten Körper wurde durch die Angst vor negativen Reaktionen anderer Personen und den Einfluss auf das tägliche Leben gesteuert. Interventionen wurden von den Forschenden beschrieben und sind im Anhang B2 ersichtlich. Die meisten Teilnehmerinnen erzählten, dass die Sexualität und das Körperbild während der Rehabilitation nicht angesprochen wurden, obwohl z.B. bei einer Patientin dieses Thema in einem Assessmentinstrument vorkam. Dieses persönliche Thema würden die Patientinnen am liebsten mit einer Fachperson besprechen, zu welcher sie einen engen und regelmässigen Kontakt pflegten und die zwischenmenschliche Beziehung stimme (Ergotherapie oder Pflege). Alle Patientinnen empfanden es als wichtig, dass Körperbildstörungen und Sexualität während der Rehabilitation angesprochen werden. Die Forschenden erarbeiteten als Quintessenz der Studie ein Modell (vgl. Anhang B2), das nachfolgenden Institutionen einen Überblick über die Auswirkungen und Zusammenhänge ermöglichen sollte.

5.2.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl

Die Studie beschäftigt sich mit einem Thema, das für die Pflegepraxis und die vorliegende Bachelorarbeit relevant ist. Es werden ein Ziel und zwei Hypothesen genannt und am Ende der Studie besprochen. Das Thema wird mit vorhandener Literatur dargestellt und die Wichtigkeit der Arbeit begründet. Die Methodik passt zum Design und wird detailliert beschrieben.

Die Güte wurde nach Lincoln und Guba (1985, zitiert nach SAMW, 2009, pp. 39–40) beurteilt. Die „confirmability“ wird durch die detaillierte Beschreibung, wer welchen Einfluss auf die Bearbeitung der Daten hat und durch die einheitliche Durchführung der Interviews durch eine Person erreicht. Die „dependability“ wird durch die Datenanalyse in zwei Gruppen erreicht, es werden keine hochschulinternen oder -externen Gremien genannt. Die „credibility“ wird durch die langjährige Beschäftigung der Hauptautorin mit Brandverletzten, durch die Triangulation und das „peer debriefing“ erreicht, es wurde kein „member checking“ durchgeführt und keine Negativ- und Kontrastfälle besprochen. Die „transferability“ wird durch die Gliederung des Ergebnisteils gestärkt, durch den nicht wissenschaftlichen Aufbau der Arbeit und ergänzender Literatur im Ergebnisteil gestört. Limitationen werden betreffend Stichprobengrösse und Altersspanne genannt, auf Stärken wird nicht eingegangen. Es wird Literatur einbezogen und Diskrepanzen werden besprochen.

Diese Studie erreichte keine Generalisierbarkeit. Die angesprochenen Themen lassen sich auf die Situation in der Schweiz umsetzen, wenn spezifische Gegebenheiten (z.B. spezialisierte Rehabilitation) miteinbezogen werden.

Diese Studie wurde ausgewählt, da sie relevante Anteile zur Beantwortung der Fragestellung und für den Theorie-Praxis-Transfer enthält. Während die anderen Hauptartikel dieser Bachelorarbeit einen grösseren Männeranteil enthalten befasst sich die Studie von Connell et al. (2015) ausschliesslich mit Frauen. Durch den Einschluss dieser Studie soll die Generalisierbarkeit der Ergebnisse der vorliegenden Bachelorarbeit verbessert werden.

5.3 Klinge et al.

Das Review „Psychological adjustments made by postburn injury patients: An integrative literature review“ von Klinge et al. (2009) beschäftigte sich mit Faktoren, die Brandverletzte zu einer signifikanten psychischen Fehlanpassung nach einer Brandverletzung neigen lassen.

5.3.1 Zusammenfassung

Das Ziel des Reviews war, Einflussfaktoren, die zu einer Fehlanpassung führen könnten, zu identifizieren. Ausserdem sollte ein Betreuungsmodell für Brandverletzte entwickelt werden. 17 Studien wurden eingeschlossen, um die Forschungsfrage zu beantworten. Die Forschenden identifizierten sechs Variablen, die einen Einfluss auf die Fehlanpassung Brandverletzter haben können: Psychischer Status vor der Brandverletzung, beruflicher Status vor der Brandverletzung, Persönlichkeit und Bewältigungsstil, Effektivität von Unterstützungs-Netzwerken, Verbrennungscharakteristika und Gender.

Die Forschenden zeigten mögliche Probleme von Brandverletzten in drei unterschiedlichen Phasen der Genesung auf: akut, chronisch und verzögert (Gilboa, 2001, Smith, Smith, & Rainey, 2006, Herdon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277). In jeder Phase können neue oder bestehende Problematiken die Genesung erschweren, diese sind der nachfolgenden Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5

Problembereiche nach Phasen (nach Gilboa, 2001, Smith et al., 2006, Herdon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277, Anpassung und Übersetzung durch Steiger & Zeller, 2017)

Zeitpunkt	Akut	Chronisch	Verspätet
Psychische Problembereiche	(erste drei Monate)	(4.- 6. Monat)	(ab dem 6. Monat)
Abnahme Selbstbewusstsein		x	x
Aggressionen	x	x	x
akutes Belastungssyndrom		x	
Angststörungen	x		
Delirium	x		
Depressionen	x	x	x
Dissoziationen	x	x	x
emotionale Labilität			x
finanzielle Auswirkungen		x	
Furcht vor weiteren Operationen	x		
Lebensqualität nimmt ab			x
Phobien	x		
Posttraumatische Belastungsstörung			x
prämorbidem Auftreten von Psychopathologien	x		
Psychosen	x		
Schläfrigkeit	x		

Zeitpunkt Psychische Problembereiche	Akut (erste drei Monate)	Chronisch (4.- 6. Monat)	Verspätet (ab dem 6. Monat)
Schlafstörungen, Alpträume	x		
Schmerzen	x	x	x
Schuld		x	
Schwierigkeiten beruflicher Wiedereinstieg		x	x
Schwierigkeiten mit Erscheinungsbild		x	
soziale Isolation			x
störendes Verhalten	x		
Trauer		x	
Verleugnung		x	
Vermeidungshaltung			x
Verwirrung	x		
Verzweiflung		x	

Die Forschenden nannten mehrere Interventionsmöglichkeiten, diese sind im Anhang B3a ersichtlich. Die Forschenden entwickelten ein Betreuungsmodell für die psychologische Einschätzung von Brandverletzten und die Planung von Massnahmen (vgl. Anhang B3a). Das Forschungsteam listete Messinstrumente, die in den eingeschlossenen Studien verwendet wurden, in einer Tabelle auf. In Kapitel 6.2 werden passende Assessmentinstrumente genauer beschrieben.

5.3.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl

Die Würdigung und Güte wurde mithilfe des CASP für Reviews (PHRU, 2006) beurteilt. Im Review wird ein klares Ziel formuliert, das Thema wird im Kontext von vorhandener Literatur dargestellt und die Wichtigkeit der Arbeit begründet. Die Methodik passt zum Design und wird präzise beschrieben. Die Ergebnisse sind thematisch geordnet und mit Quellenangaben versehen, was ein gutes Verständnis ermöglicht. Bei Diskrepanzen werden die Aussagen gegenübergestellt und Erklärungen gesucht. Die Diskussion der Ergebnisse scheint reflektiert zu sein, weitere Literatur wird beigezogen. Es kommen auch Aspekte zur Sprache, die im Ergebnisteil nicht erwähnt werden. Limitationen werden diskutiert, Stärken werden keine genannt.

Das Review macht einen guten Eindruck, es scheint eine hohe Qualität zu haben, mit Ausnahme weniger Schwachpunkte.

Es wurde ausgewählt, da es sich mit einem Thema beschäftigt, das für die vorliegende Bachelorarbeit relevant ist, fundierte Erkenntnisse zu verschiedenen Teilaspekten psychosozialer Auswirkungen liefert, eine hohe Güte hat und wahrscheinlich auf die Schweiz übertragbar ist.

5.4 Kornhaber et al.

Das systematische Review „Adult burn survivors‘ personal experiences of rehabilitation: An integrative review“ von Kornhaber et al. (2014) beschäftigte sich mit den persönlichen Vorstellungen und Erfahrungen von erwachsenen Brandverletzten während der Rehabilitation.

5.4.1 Zusammenfassung

Das Review schloss nach einer Literaturrecherche insgesamt 14 Artikel ein. Die Studien wurden synthetisiert und die Resultate in vier Themen eingeteilt: Der Einfluss von Unterstützung, Coping-Strategien und Akzeptanz, die Bedeutung der Arbeit, physische Veränderungen und Einschränkungen. Dazu wurden sechs Unterthemen erstellt. Neben den Auswirkungen wurden Interventionsmöglichkeiten beschrieben (vgl. Anhang B4a).

Soziale und physische Unterstützung von Familien und Freunden wurde in allen Artikeln beschrieben. Mehrere Studien zeigten Bestärkung und Motivation durch familiären Support und Freunde auf, auch Schwierigkeiten wurden genannt: Zerbrechen von Freundschaften oder negative Reaktionen von Angehörigen (Badger & Royse, 2010, Ciofi-Silva, 2010, Moi et al., 2008, Na, 2008, Rossi et al., 2009, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, pp. 19,24). Verlegungen auf eine andere Station und der Austritt nach Hause führten zu Unsicherheiten und negativen Gefühlen (Moi et al., 2008, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 24). Verschiedene Studien zeigten auf, dass das Fachwissen der involvierten Personen und die Motivation durch sie wichtig seien, damit sich Brandverletzte wohl und gut aufgehoben fühlten (Dahl et al., 2012, Na, 2008, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 24).

Auf die Entwicklung und die Rehabilitation von Brandverletzungen haben Coping-Strategien, der psychische Zustand vor dem traumatischen Ereignis, Schmerzen, Depressionen, Angst oder Wutgefühle einen grossen Einfluss. Betroffene mit Verbrennungen an Händen, im Gesicht oder mit grossflächigeren Verbrennungen haben eine grössere Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken (Goncalves et al., 2011, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 25). Wobei laut Dahl et al. (2012, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 25) auch Betroffene mit kleineren Verbrennungen sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis mit psychischen Problemen konfrontiert waren.

Spiritualität und Religion wurden in unterschiedlichen Artikeln als Coping-Strategien erkannt, sie geben Kraft und Unterstützung, allerdings wurde ebenso die Erschütterung des Urvertrauens in Gott genannt, was die Bewältigung erschwerte (Ciofi-Silva et al., 2010,

Costa et al., 2008, Rossi et al., 2009, Williams et al., 2003, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 25).

In sieben Artikeln wurde der Vergleich mit anderen und das Reframing (es hätte viel schlimmer sein können) genannt, dies ermögliche Betroffenen eine Art von Zufriedenheit und Kompensation, welche das Coping und die Akzeptanz der Verletzung unterstütze (Costa et al., 2008, Dahl et al., 2012, Goncalves et al., 2011, Moi et al., 2008, Na, 2008, Rossi et al., 2009, Wu et al., 2009 zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 25).

Die Rückkehr zur Arbeitsstelle wurde als signifikantes Ziel der Rehabilitation in unterschiedlichen Artikeln genannt. Die Betroffenen seien mit unterschiedlichen Schwierigkeiten konfrontiert: finanzielle Auswirkungen, Absenz, frühzeitige Pension, Schwierigkeiten beim Einleben, ungenügende Leistung und Arbeitslosigkeit (Oster et al., 2010, Rossi et al., 2009, Ciofi-Silva et al., 2010, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 25).

Laut den Forschenden würden alle Brandverletzten Schmerzen erleben, allerdings unterschiedlich (Williams et al., 2003, Moi et al., 2008, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 26). Das Tragen der Kompressionskleidung verstärkte die Schmerzen, was zur Abnahme der Adhärenz führe, auch die Analgesie führe zu Problemen, die Analgetika wurden zum Teil zu früh reduziert, abgesetzt oder hatten einen negativen Einfluss auf das Allgemeinbefinden der Betroffenen (Dahl et al., 2012, Na, 2008, Oster et al., 2010, Ripper et al., 2009, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 26).

Das veränderte Aussehen nach einer Brandverletzung führte dazu, dass der Körper für Betroffene ungewohnt und nicht vertraut war und der Blick auf die Narben die Betroffenen den Unfall erneut erleben liessen (Moi et al., 2008, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 26). Stigmatisierung und negative Reaktionen von Fremden wurden mehrfach genannt (Moi et al., 2008, Na, 2008, Rossi et al., 2009, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 26). Positive Aspekte wurden ebenfalls genannt (z.B. Narben seien wie ein Tattoo mit einer besseren Geschichte [Mackey et al., 2009, Kornhaber et al., 2014, p. 26]). Veränderungen und Verlust von körperlichen Fähigkeiten, Kompressionstherapie wurden als Herausforderungen bezüglich Wiedereinstieg ins Arbeitsleben in allen eingeschlossenen Studien genannt.

5.4.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl

Die Würdigung und Güte wurde mithilfe des CASP für Reviews (PHRU, 2006) beurteilt. Dieses Review beschäftigt sich mit einem Thema, welches für die Pflegepraxis und vor allem für die vorliegende Bachelorarbeit relevant ist. Es wird keine Fragestellung genannt,

ein Ziel wird formuliert. Das Thema wird in Literatur eingebettet, die Wichtigkeit der Arbeit begründet. Die Methodik passt zum Design und wird präzise beschrieben. Die Ergebnisse sind thematisch geordnet und die Aussagen den einzelnen Studien zugeordnet. Auf Diskrepanzen wird eingegangen und mögliche Erklärungen werden gesucht. Es findet keine Diskussion in einem separaten Teil statt, da die Gegenüberstellung der Resultate im Ergebnisteil stattfindet. Limitationen und Stärken des Reviews werden nicht besprochen. Die Vorschläge für die Pflegepraxis werden mit Literatur untermauert, sind jedoch nur teilweise aus den Resultaten ableitbar. Insgesamt macht das Review einen guten Eindruck, mit Ausnahme der genannten Schwachpunkte. Die Ergebnisse scheinen auf die Situation von Brandverletzten in der Schweiz übertragbar zu sein.

Das Review wurde ausgewählt, da es relevante Teile der Fragestellung enthält und konkrete Vorschläge für den Theorie-Praxis-Transfer ermöglicht.

5.5 McLean et al.

Die phänomenologische Studie „The patient–body relationship and the 'lived experience' of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment“ von McLean et al. (2015) beschäftigte sich mit den psychischen Herausforderungen von Körperbildveränderungen nach einer Gesichtsverbrennung.

5.5.1 Zusammenfassung

Das Ziel der Studie war es, Einblicke in die „gelebten Erfahrungen“ mit einem Fokus auf mögliche Veränderungen in der Beziehung zum Körper und die frühe psychosoziale Anpassung zu gewinnen.

Die Studie wurde auf einer Verbrennungsstation in einem Spital in New South Wales in Australien durchgeführt. Alle sechs Teilnehmenden hatten eine sichtbare Gesichtsverbrennung, die zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht geheilt und im Rahmen einer schweren Brandverletzung aufgetreten war.

Drei Forschende führten sechs semistrukturierte, ein- bis zweistündige Interviews durch und transkribierten sie wörtlich. Zusätzlich wurde ein umfassendes psychiatrisches Assessment durchgeführt. Die wichtigen Aussagen wurden durch zwei Forschende aus den Transkripten extrahiert und „formulated meanings“ (wichtige Statements, um das Wesen der Aussage zu erfassen) erstellt. Daraus wurden Themen gebildet und in drei Hauptgrup-

pen (Beziehung zu sich selbst und anderen, Coping und Sinnbildung) eingeteilt. Zwei andere Forschende sichteten die Transkripte, um die Übereinstimmung der Analyse und Interpretation zu gewährleisten. Die Themengruppen und übergeordneten Themen wurden von einer weiteren Forschenden überprüft.

Die Beziehung zu ihrem Körper veränderte sich bei allen Teilnehmenden aufgrund der Brandverletzung. Frauen äusserten eine Belastung aufgrund des veränderten Aussehens, während Männer eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber ihren Körpern angaben. Es wurden vorwiegend positive Veränderungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen genannt (erhöhtes Gefühl der Verbundenheit mit der Familie und Freunden). Zwei Teilnehmende gaben keinen Effekt der Brandverletzung auf ihre Beziehungen an. Alle Teilnehmenden berichteten von Sorgen, wie der Unfall und/ oder ihre Verbrennung andere Personen (Unfallzeugen, Angehörige) beeinflussen würden, dies noch am Unfallort oder später im Spital. Alle Teilnehmenden beschrieben Optimismus, dass sie sich von der Verbrennung erholen würden und dass das Leben schrittweise wieder normal werden würde. Es wurden positive Aspekte des Erlebten wahrgenommen (sich als robust und resilient erfahren, Erlebnis als Anstoss zur Reflexion nutzen, Leben in vollen Zügen geniessen wollen). Alle Teilnehmenden benutzten Humor (meist schwarzen beziehungsweise selbstironischen) zur Bewältigung von emotional beladenen und traumatischen Ereignissen. Fünf der sechs Teilnehmenden erinnerten sich im Detail an das Gefühl von starker Furcht vor dem Tod/ Sterben, an Panik und das Gefühl, nicht fliehen oder Hilfe holen zu können. Diese Teilnehmenden berichteten von verschiedenen intrusiven Erinnerungen (Wiedererleben und -erinnern) betreffend ihrer Brandverletzung. Alle Teilnehmenden äusserten, über Schuldzuschreibungen nachzudenken (sich selbst oder anderen, Gott, Alkohol oder Unfall). Alle Teilnehmenden berichteten von einem physischen beziehungsweise psychischen Trauma (Verbrennung, Nahtoderfahrung, Zeuge beim Tod eines Familienmitglieds, Missbrauch in der Kindheit, Opfer gewalttätiger Kriminalität) vor der Brandverletzung. Vier Teilnehmende zeigten, dass sie einen Sinn hinter dem Unfall suchten und versuchten, eine Bedeutung zu finden, indem sie dem Unfall, ihrer Verbrennung und dem Genesungsprozess eine religiöse beziehungsweise spirituelle Bedeutsamkeit zuschrieben.

Interventionsvorschläge sind im Anhang B5 ersichtlich.

Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse sei laut den Forschenden beschränkt (Betroffene mit oberflächlichen bis mittelschweren Verbrennungen, nur Brandverletzte aus Australien, prätraumatische Traumata).

Die Studie kam zum Schluss, dass der Umgang mit einem veränderten Erscheinungsbild eine wichtige Herausforderung darstelle. Wichtig sei, dass die Veränderungen des Gesichts und Körpers nur ein Aspekt seien, der eine Rolle bei der psychosozialen Anpassung spiele und weitere Faktoren einen Einfluss hätten.

5.5.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl

Das Ziel der Studie ist definiert, das Thema wird mittels Literatur dargestellt, die Wichtigkeit wird nicht klar begründet. Das Design und das methodische Vorgehen passen zum Forschungsziel, zur Forschungsfrage und zum phänomenologischen Ansatz. Die Datenerhebung wird beschrieben, die Datensättigung wird nicht diskutiert, das Vorgehen bei der Datenanalyse ist nachvollziehbar beschrieben. Ethische Fragen wurden bis auf die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden diskutiert.

Die Güte wurde nach Lincoln und Guba (1985, zitiert nach SAMW, 2009, pp. 39–40) beurteilt. Die „confirmability“ wird durch das Umsetzen eines „audit trail“ und die Beteiligung verschiedener Forschenden, welche sich austauschten, gewährleistet. Die „dependability“ wird durch die Datenerhebung durch erfahrene oder geschulte Forschende und die Reflexion der Datenanalyse im Team gewährleistet. Die Daten wurden nicht von einem hochschulinternen oder –externen Gremium geprüft. Die „credibility“ wird durch das Auskennen der Forschenden im Bereich der Brandverletzungen und das Nennen von Negativ- und Kontrastfällen gewährleistet. Triangulation wird nicht angewandt, es werden nur die wörtlichen Niederschriften der Interviews als Datenquellen genutzt. Die Daten wurden im Forschungsteam diskutiert, es fand kein „peer debriefing“ oder „member checking“ statt. Der Ergebnisteil ist übersichtlich in die drei Ober- und zehn Unterthemen gegliedert und durch aussagekräftige Interview-Zitate gestützt. Vorschläge für den Praxistransfer werden gemacht, die Weiterverwendung der Erkenntnisse ist gewährleistet und somit auch die „transferability“. Die Generalisierbarkeit ist beschränkt, dies wird bei den Limitationen diskutiert. Die Diskussion erfolgt mit Einbezug weiterer Literatur, es tauchen Aspekte auf, welche im Ergebnisteil nicht erwähnt wurden.

Die besprochene Studie wurde eingeschlossen, weil sie sich mit einem Thema beschäftigt, das für diese Bachelorarbeit relevant ist, strukturierte Ergebnisse liefert, das Erleben psychosozialer Auswirkungen von Brandverletzungen von verschiedenen Seiten beleuchtet und konkrete Schlussfolgerungen für die Umsetzung in die Pflegepraxis gezogen werden.

5.6 Tengvall et al.

Die Studie „Memories of pain after burn injury“ von Tengvall et al. (2010) beschäftigte sich mit Schmerzen bei Brandverletzungen.

5.6.1 Zusammenfassung

Das Ziel der Studie war es, die Schmerzerfahrungen und -erinnerungen von Brandverletzten zu beschreiben, um ein besseres Verständnis der Themen zu erreichen, die für Betroffene relevant sind.

Laut den Forschenden seien Schmerzen ein zentrales Thema bei Brandverletzungen und liessen sich in drei Schmerzarten einteilen: den Ruheschmerz (background pain), welcher in Ruhe zu spüren ist, den Durchbruchschmerz (breakthrough pain), vor allem bei Aktivitäten wie Lagewechsel im Bett oder beim Gehen, und den Schmerz, welcher bei einer Handlung (z.B. Verbandwechsel) zu spüren ist (procedural pain) (Choiniere, Melzack, Rondeau, Girard, & Paquin, 1989, Weinberg et al., 2000, zitiert nach Tengvall et al., 2010, p. 319).

Es wurden zwölf semi-strukturierte Interviews geführt, wortwörtlich transkribiert, analysiert und diskutiert. Es wurden vier Hauptbereiche zum Thema Schmerz mit Teilbereichen und teilweise Unterbereichen identifiziert. Der Ergebnisteil ist dementsprechend unterteilt und mit Zitaten untermauert.

Die Erinnerungen und Erzählungen wurden von allen Teilnehmenden chronologisch gegliedert. Am Unfallort gingen die Betroffenen pragmatisch mit den Schmerzen um, um sich auf die akute Situation konzentrieren zu können. Eine Zunahme der Schmerzen wurde beim Erreichen des Spitals beschrieben.

Schmerzen aufgrund der Behandlung (Bewegungen, Verbandwechsel) wurden als schlimmste Schmerzen beschrieben. Die Forschenden schrieben, dass sich diese Schmerzen und die Angst davor mit der Zeit verstärken würden, was sich mit bestehender Literatur deckte.

Schmerzen bei der Entnahmestelle der Spalthaut waren meist schlimmer als bei den brandverletzten Stellen. Die Schmerzen hatten grossen Einfluss auf den Schlaf, Ruhepausen und das Finden einer angenehmen Position im Bett, was zu einem Gefühl der Fatigue führte. Betroffene beschrieben, dass sie gelernt hatten, mit den Schmerzen zu leben.

Zwei Befragte äusserten Schwierigkeiten mit dem Ende der pharmakologischen Analgesie und betonten, dass die Angst vor den Schmerzen schlimmer gewesen sei als die Schmerzen selbst.

Als Ursachen für Probleme mit der Analgesie wurden das fehlende Wissen von Fachpersonen über den langfristigen Einfluss von Schmerzen auf die Rehabilitation, die Schwierigkeit der unterschiedlichen Schmerzarten und die unterschiedliche Schmerzintensität im Spital und zu Hause genannt (Patterson, Tininenko, & Ptacek, 2006, Esselman, Thombs, Magyar-Russell, & Fauerbach, 2006, zitiert nach Tengvall et al., 2010, p. 325). Die Interviewten äusserten einen grossen Wunsch zu sprechen, sie äusserten Angst, Angehörige und Freunde mit dem Erzählten zu überfordern.

Die Autorinnen nannten mehrere Interventionsmöglichkeiten (vgl. Anhang B6).

5.6.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl

Die Studie leistet einen Beitrag zum Verständnis des Phänomens von Schmerzen einer Brandverletzung. Es wird ein Ziel formuliert, das Thema gut im Kontext bestehender Literatur eingeführt und die Wichtigkeit der Arbeit begründet. Die Methodik passt zum Design, eine präzise Beschreibung fehlt. Die Ergebnisse sind thematisch geordnet, was einen gut strukturierten und chronologischen Überblick ermöglicht. Bei Diskrepanzen werden die unterschiedlichen Aussagen besprochen und einander gegenübergestellt. Die Ergebnisse werden unter Einbezug weiterer Literatur diskutiert, Verweise zwischen Literatur und Ergebnissen der Studie sind nicht immer in sich stimmig. Es wurden Limitationen und Stärken besprochen und eine Schlussfolgerung für die Pflegepraxis gezogen.

Die Güte wurde nach Lincoln und Guba (1985, zitiert nach SAMW, 2009, pp. 39–40) beurteilt. Die „credibility“ wird durch die langjährige Beschäftigung mit dem Thema gewährleistet. Die Triangulation ist unklar, da nicht beschrieben wird, welchen Einfluss die „fieldnotes“ haben. Es wurde kein „peer debriefing“ oder „member checking“ durchgeführt, Negativ- oder Kontrastfälle fehlen. Die „transferability“ ist durch das Einschliessen von Zitaten in den Ergebnisteil gewährleistet. Der Diskussionsteil ist unübersichtlich und es wurde keine Generalisierbarkeit erreicht. Die „dependability“ wird durch die beiden Co-Autorinnen gewährleistet. Es ist unklar, wer welchen Teil durchführte und wer kontrollierte, der zeitliche Rahmen der Datenanalyse nach den Interviews ist unklar und es fand keine Prüfung der Daten von einem hochschulinternen oder -externen Gremium statt.

Die „confirmability“ wird durch die drei Autorinnen gewährleistet, wobei die Hauptautorin die Studie hauptsächlich durchführte und durch die beiden Co-Autorinnen begleitet wurde.

Es ist unklar, welchen Einfluss die Co-Autorinnen auf die unterschiedlichen Bereiche hatten.

Es ist unklar, wo die Studie durchgeführt wurde, aufgrund der Herkunft der Forschenden, deren Arbeitsorte und den Schilderungen der Betroffenen ist davon auszugehen, dass die Studie in einem nordeuropäischen Land, möglicherweise Schweden, durchgeführt wurde. Die Ergebnisse sind mit Vorbehalt auf die Situation Brandverletzter in der Schweiz übertragbar.

Schmerzen sind ein zentrales Thema bei Brandverletzten (Tengvall et al., 2010) und haben einen grossen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden und die psychosoziale Genesung nach einer Brandverletzung (Connell et al., 2015; Kornhaber et al., 2014), somit ist das Thema für die vorliegende Bachelorarbeit und die Pflegepraxis relevant. Die Studie liefert wichtige Erkenntnisse zu Teilaspekten psychosozialer Auswirkungen und pflegerischer Massnahmen. Die Ergebnisse dieser Studie müssen mit Vorsicht verwendet werden, da die Güte beschränkt ist.

5.7 Wiechman Askay & Magyar-Russell

Das integrative Review „Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery“ von Wiechman Askay & Magyar-Russell (2009) beschäftigte sich mit den Konzepten „post-traumatic growth (PTG)“ und „Religion/ Spiritualität“ nach Brandverletzungen. Diese Zusammenfassung beschränkt sich auf das Konzept „PTG“.

5.7.1 Zusammenfassung

Das Review schloss zwei Reviews über PTG, eine Studie über Wachstum nach Brandverletzungen und eine Studie über Religion und Spiritualität bei Brandverletzten ein.

PTG wird definiert als „eine positive psychische Veränderung, erlebt als ein Resultat des Kämpfens mit stark herausfordernden Lebensumständen“ (Calhoun & Tedeschi, 1999, Tedeschi & Calhoun, 1995, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 571, [Übersetzung der Autorinnen]). Tedeschi und Calhoun (1996, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 571) identifizierten fünf Formen von PTG: Eine höhere Würdigung des Lebens und veränderte Prioritäten, wärmere, innigere Beziehungen mit anderen, ein grösserer Sinn für persönliche Stärke, Erkennung von neuen Möglichkeiten und spirituelle Entwicklung. Das meistgenutzte Messinstrument für PTG ist das „Post-Traumatic Growth Inventory“ (PTGI) von Tedeschi und Calhoun (1995, 1996, zitiert nach

Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 573), es wird in Kapitel 6.2 genauer beschrieben.

Bei einer Studie mit Brandverletzten waren eine aktive Bewältigungsstrategie, soziale Unterstützung und weibliches Gender die stärksten Prädiktoren von PTG, während die Verbrennungsschwere, das Fehlen von psychischer Belastung und Lebensqualität nicht mit PTG assoziiert waren (Rosenbach & Renneberg, 2008, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 571). Die Studienteilnehmenden zeigten das grösste posttraumatische Wachstum in den folgenden Bereichen: höhere Würdigung des Lebens, Verstärkung von persönlichen Beziehungen und grösserer Sinn für persönliche Stärke (Rosenbach & Renneberg, 2008, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 571). Die Autorinnen erstellten ein Modell, welches die Anpassung an eine Brandverletzung aufzeigt, dies und Interventionsvorschläge sind im Anhang B7a ersichtlich.

5.7.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl

Die Würdigung und Güte wurde mithilfe des CASP für Reviews (PHRU, 2006) beurteilt. Das Review beschäftigt sich mit einem Phänomen, das für die vorliegende Bachelorarbeit relevant ist. Das Konzept wird erläutert, eine Übersicht über den Inhalt des Artikels ermöglicht, der theoretische Bezugsrahmen beschrieben und der Forschungsbedarf begründet. Der Artikel ist thematisch gegliedert, was ihn leserfreundlich macht. Es wurden vier Hauptstudien eingeschlossen und auf viele weitere Quellen Bezug genommen.

Quellenangaben werden nicht vollständig gemacht. Die Gedankengänge der Autorinnen sind unklar, Verknüpfungen zwischen Literatur zu Brandverletzten und anderen Populationen sind nicht durchgehend nachvollziehbar. Widersprüchliche Aussagen zu einer Thematik werden genannt. Es sind Diskrepanzen innerhalb der Studie vorhanden, die nicht besprochen werden. Eine Reflexion über Limitationen und Stärken des Artikels findet nicht statt. Die Empfehlungen für die Praxis sind nicht zufriedenstellend, da ihre Herleitung nicht erkennbar ist und sie nicht spezifisch formuliert sind.

Die Würdigung und Einschätzung der Güte der Studie ist aufgrund des Designs und den fehlenden Quellenangaben erschwert. Die Übertragbarkeit auf die Schweiz ist fraglich, da genaue Angaben zur Population fehlen und nicht nur Aussagen über Brandverletzte gemacht werden, sondern auch über andere Patientengruppen.

Die Autorinnen der Bachelorarbeit sind sich bewusst, dass der gewählte Artikel eine schlechte Güte hat. Sie haben ihn gewählt, da er einen Aspekt der psychosozialen Auswir-

kungen von Brandverletzten behandelt, der in der gefundenen Literatur sonst nicht vorkommt, jedoch relevant ist für die vorliegende Bachelorarbeit. Die Resultate und allfällige Schlussfolgerungen werden kritisch betrachtet.

5.8 Wikehult et al.

Die Studie „Evaluation of negative emotional care experiences in burn care“ von Wikehult et al. (2008) befasste sich mit negativen emotionalen Erfahrungen von erwachsenen Brandverletzten mit der Betreuung und Pflege.

5.8.1 Zusammenfassung

Das Ziel der Studie war es, Erinnerungen an negative emotionale Erfahrungen mit der Pflege und Betreuung während der Behandlung zu untersuchen. Sechs Emotionen wurden auf ihre Häufigkeit getestet und Zusammenhänge mit anderen Variablen untersucht. Die quantitative Studie (vermutlich Querschnittsdesign) schloss 42 erwachsene Brandverletzte der Uppsala Burn Unit in Schweden ein, die aus einer grösseren Stichprobengruppe einer Längsschnittstudie rekrutiert wurden.

Gemessen wurden: negative emotionale Erfahrungen, Verbrennungsschwere, Patientenzufriedenheit, Persönlichkeitsmerkmale, psychische Symptome und soziodemographische Daten. Messungen der Persönlichkeitsmerkmale und Patientenzufriedenheit wurden aus der Längsschnittstudie entnommen. Alle anderen Daten wurden von zwei Pflegefachpersonen gesammelt, die weder in die Behandlung involviert noch Bestandteil des Forschungsteams waren. Ein verwendetes Messinstrument ist relevant für die vorliegende Arbeit und wird im Kapitel 6.2 beschrieben.

Bei den sechs negativen Emotionen (Ungewissheit, Machtlosigkeit, Besorgnis, Unsicherheit, Belästigung [für Personal] und Vernachlässigung) musste angegeben werden, ob diese niemals, manchmal, einige Male, oft oder ständig auftraten. Tabelle 6 zeigt zu den einzelnen Emotionen die gestellte Frage, die Anzahl Antworten in Zahlen und Prozentangaben und spezielle Hinweise. Die Originaltabelle (Wikehult et al., 2008, p. 1925) wurde durch die Autorinnen übersetzt und ergänzt.

Tabelle 6

Ergebnisse der Befragung von Wikehult et al. (nach Wikehult et al., 2008, p. 1925, Anpassung und Übersetzung durch Steiger & Zeller, 2017)

Emotion auf Englisch	Frage auf Englisch	Resultate in Zahlen	Prozentuale Ergebnisse	Spezielles
Deutsche Übersetzung der Autorinnen	Deutsche Übersetzung der Autorinnen			
uncertainty	Did you feel certain that you would get well again?	Ja: 24 Personen Nein: 18 Personen	57% von n= 42 gaben an, dies erlebt zu haben	umgekehrtes Scoring
Ungewissheit	Waren Sie überzeugt, dass Sie wieder gesund werden?			
powerlessness	Did you feel powerless and dejected?	Ja: 28 Personen Nein: 14 Personen	67% von n= 42 gaben an, dies erlebt zu haben	
Machtlosigkeit	Fühlten Sie sich machtlos und niedergeschlagen?			
afraid	Were you afraid that you would not make it?	Ja: 9 Personen Nein: 33 Personen	21% von n= 42 gaben an, dies erlebt zu haben	
Besorgnis	Hatten Sie Angst, dass Sie es nicht schaffen würden?			
insecurity	Did you feel safe in the ward?	Ja: 6 Personen Nein: 36 Personen	14% von n= 42 gaben an, dies erlebt zu haben	umgekehrtes Scoring
Unsicherheit	Fühlten Sie sich auf der Station sicher?			
nuisance	Did you feel that you were a nuisance in the ward?	Ja: 13 Personen Nein: 29 Personen	31% von n= 42 gaben an, dies erlebt zu haben	
Belästigung	Hatten Sie das Gefühl, dass sie eine Belästigung für die Station waren?			
neglected	When you needed assistance in the ward, did you have to wait a long time before anyone came?	Ja: 9 Personen Nein: 33 Personen	21% von n= 42 gaben an, dies erlebt zu haben	
Vernachlässigung	Mussten Sie auf der Station lange auf Unterstützung warten, wenn Sie diese benötigten?			

Informationen zu Interventionen sind im Anhang B8 ersichtlich. Als Stärke der Studie nannte das Forschungsteam die Datensammlung und Kontakte durch unabhängige Pflegefachpersonen. Die Übertragbarkeit auf andere Länder und Kulturen sei limitiert, da die Teilnehmeranzahl eher klein war (obwohl repräsentativ für die Verbrennungsstation von Uppsala) und unterschiedliche Behandlungsabläufe die Übertragbarkeit auf andere Verbrennungsstationen einschränken können.

5.8.2 Würdigung, Güte und Begründung der Auswahl

Die Studie befasst sich mit negativen Emotionen, welche einen Teil der psychosozialen Auswirkungen von Brandverletzungen darstellen. Das Ziel der Studie ist definiert. Das Thema wird mittels Literatur dargestellt und der Forschungsbedarf begründet. Das Design passt zum Forschungsziel, es wird nicht begründet. Das methodische Vorgehen ist soweit beurteilbar korrekt.

Die Güte wurde nach Bartholomeyczik (2008, zitiert nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015, p. 16) beurteilt. Unabhängige Pflegefachpersonen bei der Datenerhebung minimieren Einflüsse auf die Ergebnisse, womit die Objektivität gewährleistet ist. Die Reliabilität wird durch die genaue Beschreibung der Datenerhebung gewährleistet, da die Studie reproduzierbar ist, wobei auf anderen Verbrennungsstationen oder in anderen Ländern andere Daten erwartet werden müssen. Die Datenanalyse ist nicht genau beschrieben, es ist nicht ersichtlich, welche statistischen Tests verwendet wurden.

Die Validität wird durch das Forschungsdesign, welches zum Ziel passt, gewährleistet. Zur Validität und Reliabilität der Messinstrumente werden keine Aussagen gemacht, die Fragen zu den Emotionen wurden vom Forschungsteam entwickelt. Interne und externe Validität werden nicht diskutiert. Die Ergebnisse sind präzise und nachvollziehbar dargestellt, mit dem Signifikanzniveau belegt, diskutiert und interpretiert. Stärken und Schwächen der Studie werden fast vollständig angegeben.

Die Studie beschäftigt sich mit einem Thema, das für die vorliegende Bachelorarbeit relevant ist und liefert strukturierte Ergebnisse. Die Studie ermöglicht eine Verbesserung der Pflegepraxis, da die Erfahrungen der Betroffenen Entwicklungsbereiche aufzeigen.

6. Diskussion

Die Diskussion der psychosozialen Auswirkungen wird ergänzt durch geeignete Assessmentinstrumente und eine Beschreibung des Vorgehens im USZ und in der Rehabilitationsklinik Bellikon.

6.1 Psychosoziale Auswirkungen

Brandverletzte sind mit vielfältigen psychosozialen Auswirkungen konfrontiert, deren Bewältigung viel von ihnen verlangt. In diesem Unterkapitel werden positive und negative Auswirkungen und Bewältigungsstrategien diskutiert.

6.1.1 Probleme

Schmerzen waren ein zentrales Thema bei Brandverletzten, sie wurden in mehreren Artikeln angesprochen (Kornhaber et al., 2014; Tengvall et al., 2010). Die Schmerzen wurden als vielfältig (Ruheschmerzen, Durchbruchschmerzen, Schmerzen während einer Behandlung) und als teilweise stark beschrieben (Blakeney et al., 2008; Kornhaber et al., 2014; Patterson et al., 2006, Esselman et al., 2006, zitiert nach Tengvall et al., 2010, p. 325). Gelingt keine adäquate Analgesie, sind weitreichende Folgen möglich. Schmerzen haben einen Einfluss auf weitere psychosoziale Probleme und die Genesung (Edwards, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2285). Schmerzen machen Angst, was sie zusätzlich verstärkt (Tengvall et al., 2010).

Tengvall et al. (2010) beschrieben, dass Schmerzen zu **Fatigue** führten. Edwards (2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2285) nannte einen Teufelskreis zwischen Angst, Schmerzen und Fatigue. Durch Kompressionskleidung hervorgerufene Schmerzen führen zu Non-Compliance bezüglich der Behandlung (Connell et al., 2015; Ripper et al., 2009, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 26).

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit schliessen daraus, dass neben der Wundbehandlung der Schmerzbehandlung Priorität zukommt. Die Schmerzbehandlung dient nicht nur momentaner Linderung, sondern vermindert Folgeprobleme.

Körperbildstörungen zeigten sich bei Betroffenen unabhängig vom Ort und Ausmass einer Verbrennung und hatten einen negativen Einfluss auf Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein (Connell et al., 2015; Lawrence et al., 2004, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2287; McLean et al., 2015). Rosenberg, Lawrence, Rosenberg, Fauerbach und Blakeney

(2012) sagen, dass die Schwere einer Brandverletzung einen Risikofaktor darstelle, jedoch nur einen mässigen Zusammenhang mit dem Körperbild habe.

Connell et al. (2015) und McLean et al. (2015) nannten einen genderspezifischen Unterschied: Frauen empfanden ihr verändertes Aussehen als belastend, Männer gaben eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber ihrem Körper an. Die anderen Artikel thematisierten dies nicht.

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit gehen davon aus, dass es einen Unterschied macht, wo und wie gross eine Verbrennung ist, sich der Umfang psychosozialer Auswirkungen aber nicht direkt daraus ableiten lässt. Der genderspezifische Unterschied wird in den Artikeln nicht begründet, die Autorinnen dieser Arbeit vermuten, dass unterschiedliche Ansprüche der Gesellschaft an das Aussehen von Männern und Frauen dies bewirken.

Eng mit dem Körperbild hängen **Selbstwertgefühl** und **Wohlbefinden** zusammen. In mehreren Studien wurde eine Abnahme des Selbstwertgefühls aufgrund einer Brandverletzung genannt (Connell et al., 2015; Blakeney et al., 2008; Gilboa 2001, Smith et al., 2006, Herndon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277). Blakeney et al. (2008) machen das Wohlbefinden direkt abhängig vom Selbstwertgefühl. Gilboa (2001), Smith et al. (2006) und Herndon (2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277) zeigten auf, dass ein schlechtes Selbstwertgefühl einen Einfluss auf die Angst hat. Diese Zusammenhänge wirken für die Autorinnen dieser Bachelorarbeit schlüssig. Sie vermuten aufgrund ihrer Erfahrung einen weiteren Zusammenhang zwischen vermindertem Selbstwertgefühl oder Wohlbefinden und verlangsamter Genesung.

Schlafstörungen und Alpträume werden häufig erwähnt (Blakeney et al., 2008; Gilboa, 2001, Smith et al., 2006, Herndon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277; Tengvall et al., 2010). Blakeney et al. (2008) und McLean et al. (2015) erwähnen, dass dies direkt nach einer Brandverletzung normal, im späteren Heilungsverlauf ein Zeichen von PTBS sei. Den Autorinnen dieser Arbeit erscheint es wichtig, dass Brandverletzte vor Austritt in geeigneter Form über dieses Phänomen informiert werden.

Auf emotionaler Ebene sind Brandverletzte stark gefordert, unterschiedliche **negative Emotionen** wurden genannt:

- Angst ([Angst vor Schmerzen, Behandlungen, sozialer Isolation, Abweisung oder Austritt aus einer Institution, Todesangst, Panik, nicht Fliehen oder Hilfe holen zu können] Blakeney et al., 2008; McLean et al., 2015)
- Gefühl der Vernachlässigung (Wikehult et al. 2008)
- Hilflosigkeit (Tengvall et al., 2010)
- Hoffnungslosigkeit (Blakeney et al., 2008)
- Last für andere (Wikehult et al., 2008)
- Machtlosigkeit (Wikehult et al., 2008)
- Scham (Blakeney et al., 2008; Connell et al., 2015; Gilboa, 2001, Smith et al., 2006, Herndon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277)
- Schuld und Sorgen gegenüber Angehörigen/ Unfallzeugen (Blakeney et al., 2008, Gilboa, 2001, Smith et al., 2006, Herndon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277; McLean et al., 2015)
- Trauer (Blakeney et al., 2008; Connell et al., 2015; Gilboa, 2001, Smith et al., 2006, Herndon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277)
- Ungewissheit (Wikehult et al., 2008)
- Unsicherheit auf der Station (Wikehult et al., 2008)
- Verzweiflung (Gilboa, 2001, Smith et al., 2006, Herndon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277)
- Wut und Aggression (Blakeney et al., 2008; Gilboa, 2001, Smith et al., 2006, Herndon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277; Williams et al., 2003, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 25)

Emotionale Labilität war nur bei Blakeney et al. (2008) ein Thema, sie wurde von den Fachpersonen des USZ und der Rehabilitationsklinik Bellikon mehrfach angesprochen. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit sind aufgrund der Vielzahl an negativen Emotionen überzeugt, dass emotionale Labilität in verschiedensten Ausführungen in der Praxis zu erwarten ist.

Brandverletzte erlebten **Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen**. Das Zerschlagen von Freundschaft oder Partnerschaft, Schwierigkeit neue Beziehungen aufzubauen, gestörte soziale Interaktionen und sozialer Rückzug wurden genannt (Blakeney et

al., 2008; Connell et al., 2015; Badger & Royse, 2010, Ciofi-Silva, 2010, Moi et al., 2008, Na, 2008, Rossi et al., 2009, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, pp. 19, 24, 26).

McLean et al. (2015) beschrieben als einzige eine positive Auswirkung, das verstärkte Zusammengehörigkeitsgefühl mit Familie und Freunden.

Die Autorinnen dieser Arbeit sehen hier zwei Aspekte. Soziale Kontakte sollen zur Verhinderung von sozialer Isolation gefördert werden, dies gewinnt im Verlauf der Genesung im Hinblick auf den Austritt an Relevanz. Der Miteinbezug und die Betreuung der Angehörigen ermöglichen diesen, sich in der neuen Situation zurechtzufinden.

Ein spezielles Augenmerk verdient das Thema **Sexualität**. In zwei Artikeln äusserten sich Brandverletzte zu Qualitäts- und Quantitätsabnahme sexueller Aktivitäten (Blakeney et al., 2008; Connell et al., 2015). Die Gelegenheit, darüber zu sprechen, wurde gewünscht, aber nicht aktiv eingefordert (Blakeney et al., 2008; Connell et al., 2015).

Die Autorinnen dieser Arbeit können sich vorstellen, dass dieses Thema für Pflegefachpersonen und Brandverletzte schwierig ist und aufgrund einer Tabuisierung selten angesprochen wird.

Connell et al. (2015) nannten **finanzielle und berufliche Veränderungen** aufgrund einer Brandverletzung. Die Autorinnen dieser Arbeit gehen davon aus, dass diese Ergebnisse nicht direkt auf die Schweiz mit ihrem Unfall- und Invalidenversicherungsschutz übertragbar sind. Sie gehen aber davon aus, dass die in der Literatur beschriebenen negativen Faktoren Gültigkeit haben, Angst machen und den Wiedereinstieg ins Berufsleben erschweren können: Anpassungsschwierigkeiten, Schmerzen, Reaktion der Arbeitskollegen, Angst vor ungenügender Leistung wegen Schmerzen und physischen Einschränkungen (Blakeney et al., 2008; Connell et al., 2015; Ciofi-Silva et al., 2010, Mackey et al., 2009, Oster et al., 2010, Rossi et al., 2009, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, pp. 25, 26). Eine gezielte Rehabilitation für den beruflichen Wiedereinstieg wird in zwei Hauptquellen erwähnt (Gilboa, 2001, Smith et al., 2006, Herndon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277; Kornhaber et al., 2014).

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit sind überzeugt, dass die Rehabilitation einen schnellstmöglichen beruflichen Wiedereinstieg als Ziel beinhalten muss.

6.1.2 Bewältigungsstrategien und positive Auswirkungen

In den eingeschlossenen Artikeln werden mehrere Strategien zur Bewältigung psychosozialer Probleme genannt. Neben vielen zielführenden Copingstrategien kommt es auch zu Coping, das die Genesung negativ beeinflussen kann.

Spiritualität und Religion können Sinn, Kraft und Unterstützung geben, sie können auch erschwerend sein, wenn durch das Trauma das Urvertrauen in Gott erschüttert wurde (Ciofi-Silva et al., 2010, Costa et al., 2008, Rossi et al., 2009, Williams et al., 2003, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 25; McLean et al., 2015).

Die Autorinnen dieser Arbeit finden, dass religiöse Themen zurückhaltend angesprochen werden sollten, auf Wunsch aber miteinbezogen werden müssen. Bei einer religiösen Krise muss seelsorgerische Unterstützung, wenn möglich, angeboten werden.

Reframing (es hätte viel schlimmer sein können) wurde genannt (Costa et al., 2008, Dahl et al., 2012, Goncalves et al., 2011, Moi et al., 2008, Na, 2008, Rossi et al., 2009, Wu et al., 2009, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 25).

Die Autorinnen dieser Arbeit sind der Meinung, dass positives Reframing im Gespräch bestätigt werden sollte.

Betroffene dachten über verschiedene **Schuldzuweisungen** (gegenüber sich selbst, anderen, Gott, Alkohol oder Unfall) nach (McLean et al., 2015).

Die Autorinnen sehen eine Herausforderung darin, eine gute Balance zu finden zwischen Ernstnehmen negativer Gedanken und dem Anstossen zu lösungsorientierten Überlegungen.

Erzählen und **Humor**, auch schwarzer oder selbstironischer Humor, wurden erwähnt (McLean et al., 2015; Tengvall et al., 2010).

Die Autorinnen dieser Arbeit kennen die heilende Wirkung des Lachens, sie finden es wichtig, humorvolle Äusserungen von zynischen Bemerkungen zu unterscheiden.

Hoffnung könnte vorwiegend beim Austausch mit anderen Brandverletzten geschöpft werden (Gilboa, 2001, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2285; Badger et al., 2010, Oster et al., 2010, Williams et al., 2003, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 24; McLean et al., 2015)

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit können sich vorstellen, dass Fachpersonen diesbezüglich einen grossen Einfluss haben können, indem sie Hoffnung vermitteln, aber keine unrealistischen Erwartungen schüren. Sie sind überzeugt, dass der Austausch zwischen Brandverletzten sehr hilfreich sein kann.

Das Thema der **Selbstreflexion** wurde in zwei Studien angesprochen, es wurde über die Kostbarkeit des Lebens nachgedacht und das Ereignis als Anstoss zu Veränderungen im Leben genutzt (McLean et al. 2015; Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009).

Die Autorinnen dieser Arbeit sehen hier viel Potential, jedoch sind sie unsicher, inwieweit diese Selbstreflexion im Pflegealltag unterstützt werden kann.

Wiechman Askay & Magyar-Russell (2009) beschreiben das Konzept einer positiven psychischen Veränderung aufgrund der Brandverletzung (**PTG**). Brandverletzte zeigten posttraumatisches Wachstum beispielsweise in den Bereichen höhere Würdigung des Lebens, Verstärkung von persönlichen Beziehungen und grösserer Sinn für persönliche Stärke (Rosenbach & Renneberg, 2008, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 571). PTG wird nur im Review von Wiechman Askay & Magyar-Russell (2009) behandelt, welches eine schlechte Güte aufweist. In anderen Hauptquellen wurden ähnliche Veränderungen angesprochen, weshalb die Thematik den Autorinnen dieser Bachelorarbeit wichtig scheint. Sie vermuten in diesem Bereich Potenzial zur Förderung von positiven Erkenntnissen.

6.2 Assessmentinstrumente

Da die genannten psychosozialen Auswirkungen nicht immer auf den ersten Blick sichtbar sind, müssen Pflegefachpersonen wissen, wie sie diese erkennen können. Beobachtungsschwerpunkte konnten anhand der eingeschlossenen Artikel nicht bestimmt werden. Daher konzentrierten sich die Autorinnen dieser Arbeit auf Assessmentinstrumente.

Tabelle 7 zeigt einen Überblick über die relevanten Assessmentinstrumente der eingeschlossenen Artikel und weitere passende Instrumente.

Tabelle 7
Beschreibung der Assessmentinstrumente (Steiger & Zeller, 2017)

Name Instrument Quellen	Messwert	Items	Interpretation Ergebnis	Spezielles
Adult hope scale (AHS) Enthalten und weiterführende Informationen in: Snyder et al., (1991)	Hoffnung	12 Items, 2 Subskalen (Richtung und Wirkung) 8-Punkt Likert-Skala von 1 (definitiv falsch) bis 8 (definitiv korrekt)	Je höher der Score, desto mehr Hoffnung ist vorhanden	Gemäss dem Forschungsteam sollte die Skala bei der Abgabe „Zukunftsskala“ genannt werden Instrument siehe Anhang C1
Body esteem Scale for Adolescents and Adults (BES for Adolescents and Adults) enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Lawrence, Fauerbach, Heinberg und Doctor (2004)	Achtung/ Wertschätzung des Körpers	23 Items, 3 Faktoren (Ansichten über das Aussehen, Zufriedenheit mit dem Gewicht, Bewertung des eigenen Körpers und Aussehens durch andere) Scores von 0 (nie) bis 4 (immer)	Je höher der Score einer Subskala, desto positiver ist die Achtung/ Wertschätzung des Körpers in dieser Dimension	
Brief COPE enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Muller und Spitz (2003)	Copingstrategien, die der/ die Betroffene häufig verwendet	14 Skalen, je 2 Items	Je höher der Score einer Skala, desto häufiger wird die Copingstrategie angewendet	Kurzform des COPE Inventory Items (französisch) siehe Anhang C2
Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Elsherbiny, Salem, El-Sabbagh, Elhadidy und Eldeen (2011)	Funktionslevel und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Brandverletzten	40 Items, 9 Domänen Scores von 0 (extrem) bis 4 (gar nicht) für jedes Item	Höherer Score: positivere Einschätzung der Funktion und höhere Lebensqualität	Instrument siehe Anhang C3 Zusätzlich existieren noch die BSHS-A (abbreviated) BSHS-R (revised), vgl. Anhang C3

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

Name Instrument Quellen	Messwert	Items	Interpretation Ergebnis	Spezielles
<p>Burns Psychology Assessment Tool (BPAT)</p> <p>enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Wisely, Hoyle, Tarrier und Edwards (2007)</p>	<p>Einschätzung des Risikos, Probleme nach einer Verletzung zu entwickeln und zur Erfassung bereits existierender Probleme</p>	<p>Enthält 2 Skalen <i>Erste Skala:</i> schnelle Beurteilung der Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene nach Brandverletzung psychische Schwierigkeiten erleben. <i>Zweite Skala:</i> 5 Subskalen (Angst vor der Behandlung, Angst vor der Zukunft, Depression, Trauma-Symptome, psychotische Symptome).</p>	<p><i>Erste Skala:</i> Je höher der Score, desto grösser das Risiko für psychische Probleme <i>Zweite Skala:</i> 0-1: keine Probleme 2-3: leichte Probleme 4-7: mässige Probleme ab 8: schwere Probleme</p>	<p>Instrument siehe Anhang C4</p>
<p>Checklist Individual Strength (CIS)</p> <p>enthalten in: Vercoulen et al. (1994) Weiterführende Informationen: Bültmann et al. (2000)</p>	<p>Verschiedene Aspekte von Fatigue</p>	<p>20 Items 7-Punkt Likert-Skala: 1 (ja, das ist wahr) bis 7 (nein, das ist nicht richtig) Bewertung der letzten zwei Wochen</p>	<p>Je höher der Score, desto grösser das Problem</p>	<p>Instrument siehe Anhang C5</p>
<p>Chronic Stress Scale (CSS)</p> <p>enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Lawrence und Fauerbach (2003)</p>	<p>Chronischer Stress</p>	<p>27 Items 7 Dimensionen (Belastung in der Ehe, elterlicher Stress, Kindesstress, finanzieller Stress, beruflicher Stress, umweltbedingter Stress und körperlicher Stress) 5-Punkt Likert-Skala: 0 (nie) bis 4 (sehr oft) Bewertung der letzten sechs Monate</p>	<p>Je höher der Score einer Dimension, desto öfter wurde in diesem Bereich Stress erlebt</p>	
<p>Community Integration Questionnaire (CIQ)</p> <p>enthalten in: Falder et al. (2009) Weiterführende Informationen: Sander et al. (1999)</p>	<p>Integration eines Individuums im Zuhause und Familienleben, soziale und produktive Aktivitäten</p>	<p>15 Items, 3 Subskalen (Integration zu Hause, soziale Integration, produktive Aktivität) Skala (meistens): 0 bis 2</p>	<p>Je höher der Score, desto grösser die Unabhängigkeit und Integration</p>	<p>2 Versionen: eine für Betroffene und eine für Familienmitglieder Fragebogen siehe Anhang C6</p>

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

Name Instrument Quellen	Messwert	Items	Interpretation Ergebnis	Spezielles
<p>COPE</p> <p>enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Carver, Scheier und Weintraub (1989)</p>	<p>Copingstrategien, die der/ die Betroffene häufig verwendet</p>	<p>14 Skalen (Copingstrategien), 53 Items (Beschreibungen eines Verhaltens)</p>	<p>Je höher der Score einer Skala, desto häufiger wird die Copingstrategie angewendet</p>	<p>Items siehe Anhang C7</p>
<p>General Self-Efficacy Scale (GSE)</p> <p>enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Schwarzer, Mueller und Greenglass (1999) und Schwarzer und Jerusalem (1999)</p>	<p>Selbstwirksamkeitserwartung</p>	<p>10 Items Scores von 1 (trifft nicht zu) bis 4 (trifft genau zu)</p>	<p>Je höher der Score, desto höher die Selbstwirksamkeitserwartung</p>	<p>Englische Version siehe Anhang C8 Deutsche Version siehe Anhang C8</p>
<p>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</p> <p>enthalten in: Wikehult, Hedlund, Marsenic, Nyman und Willebrand (2008) Originalquelle: Mykletun, Stordal und Dahl (2001)</p>	<p>Angst und Depression</p>	<p>14 Items Scores von 0 (kein Symptom) bis 3 (starkes Symptom)</p>	<p>Je höher der Score, desto stärker das Symptom</p>	<p>Aussagen siehe Anhang C9</p>
<p>Interpersonal Support Evaluation List – 12 Question Version (ISEL-12)</p> <p>enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Merz et al. (2014)</p>	<p>Wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung</p>	<p>3 Subskalen (appraisal, belonging und tangible) mit je 4 Items 4-Punkt-Skala: von „eindeutig falsch“ bis „eindeutig richtig“</p>	<p>Je höher der Score, desto grösser die wahrgenommenen Unterstützungsressourcen</p>	<p>Kurz-Form des I-SEL Aussagen siehe Anhang C10</p>

Name Instrument Quellen	Messwert	Items	Interpretation Ergebnis	Spezielles
Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Brookings und Bolton (1988)	Wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung in 4 spezifischen Unterstützungsressourcen	4 Subskalen (<i>tangible support</i> , wahrgenommene Verfügbarkeit von materieller Hilfe, <i>belonging support</i> , wahrgenommene Verfügbarkeit von Leuten, mit denen ich mich identifizieren und sozialisieren kann, <i>self-esteem support</i> , wahrgenommene Verfügbarkeit von Personen, mit denen ich mich positiv vergleichen kann, <i>appraisal support</i> : Wahrgenommene Verfügbarkeit von jemandem, um über Themen zu sprechen, die für mich persönlich wichtig sind) mit je 12 Items Angabe Aussage wahrscheinlich zutreffend oder falsch	Höhere Scores geben grössere wahrgenommene Verfügbarkeit von Unterstützungsressourcen an	
Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ-IA) enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Thombs et al. (2008)	Nur die Subskala „Importance of Appearance“ wurde verwendet, misst die Bedeutung des Äusseren und Investition in das Aussehen	12 Items Score von 1 (eindeutig nicht einverstanden) bis 5 (eindeutig einverstanden)	Je höher der Score, desto grösser die Wichtigkeit und Investition in das Aussehen	
Numerical Rating Scale (NRS) Originalquelle: Williamson und Hoggart (2005)	Schmerzen	Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (schlimmst vorstellbarer Schmerz), kann graphisch oder mündlich abgegeben werden	Je höher die Zahl, desto stärker angegebene Schmerzen	Instrument siehe Anhang C11
Percieved Stigmatization Questionnaire (PSQ) enthalten in: Klinge et al. (2009) Originalquelle: Lawrence, Fauerbach, Heinberg, Doctor, & Thombs (2006)	Stigmatisieren des Verhalten Emotionale Auswirkung dieser Verhaltensarten	21 Items, 3 Faktoren (Fehlen von freundlichem Verhalten, verlegenes/ verwirrtes Verhalten und Starren, ablehnendes Verhalten) 5-Punkt Likert-Skala: 1 (nie erlebt) bis 5 (immer erlebt)	Je grösser der Score, desto öfter wird das stigmatisierende Verhalten erlebt	Items siehe Anhang C12

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

Name Instrument Quellen	Messwert	Items	Interpretation Ergebnis	Spezielles
<p>Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)</p> <p>enthalten in: Wiechman Askay und Magyar-Russell (2009) Weiterführende Informationen: Tedeschi und Calhoun (1996)</p>	PTG	21 Items, 5 Subskalen Zustandsbeschreibungen, bei denen angegeben werden muss, zu welchem Grad diese als ein Resultat der Krise auftauchten 6-Punkt Likert-Skala: 0 (nicht erlebt) bis 5 (in sehr grossem Mass erlebt)	Je höher der Score, desto höher das Mass des erlebten posttraumatischen Wachstums	Items sortiert nach Subskalen siehe Anhang C13
<p>Satisfaction with Appearance Scale (SWAP)</p> <p>enthalten in: Klinge et al. (2009) Originalquelle: Lawrence et al. (1998)</p>	Subjektive Zufriedenheit mit dem Erscheinungsbild und die sozio-behavioralen Auswirkungen von Verbrennungsnarben	14 Items Betroffene geben an, zu welchem Grad das jeweilige Item ihre Gedanken und Gefühle beschreibt seit der Verbrennung Skala von 1 (starker Widerspruch) bis 7 (starke Zustimmung/ Einverständnis)	Je höher der Score, desto höher der Grad an Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild	Skala siehe Anhang C14
<p>Satisfaction with Life Scale (SWLS)</p> <p>enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Pavot und Diener (1993)</p>	Zufriedenheit mit dem eigenen Leben	5 Items Einschätzung Score von 1 (starker Widerspruch) bis 7 (starke Zustimmung)	Je höher der Score, desto grösser die Zufriedenheit	Instrument siehe Anhang C15
<p>Short Form 36 Health Survey (SF-36)</p> <p>enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Ware Jr und Sherbourne (1992)</p>	Lebensqualität	36 Items, 8 Haupt-Domänen (Physische Funktion, körperliche Schmerzen, Rollenlimitationen aufgrund von physischen Gesundheitsproblemen, Rollenlimitationen aufgrund von persönlichen oder emotionalen Problemen, generelle psychische Gesundheit, soziale Funktionalität, Energie/ Fatigue, generelle gesundheitliche Wahrnehmung)	siehe Anhang C15	Fragebogen siehe Anhang C16

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

Name Instrument Quellen	Messwert	Items	Interpretation Ergebnis	Spezielles
<p>Sickness Impact Profile (SIP) enthalten in: Falder et al. (2009) Weiterführende Informationen: Bergner, Bobbitt, Carter und Gilson (1981)</p>	Wahrgenommener Gesundheitszustand	136 Items (Aussagen über gesundheitsbezogene Dysfunktion), 12 Kategorien (Bereiche der Aktivität: Schlafen und Ruhen, Essen, Arbeiten, Haushaltsmanagement, Freizeit, Gehen, Mobilität, Körperpflege, Soziale Interaktionen, Aufmerksamkeit, Emotionales Verhalten, Kommunikation), 3 Dimensionen (unabhängige Kategorien, physische Kategorien, psychosoziale Kategorien) Bewertung des heutigen Tages	Vor allem nutzbar, um Veränderungen festzustellen	Durchführung in 20-30 min durch Interviewende oder Betroffene Beispiel-Items aus jeder Kategorie siehe Anhang C17
<p>Social Support Questionnaire = Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU) enthalten in: Klinge et al. (2009) Weiterführende Informationen: Fydrich, Sommer, Tydecks und Brähler (2009)</p>	Soziale Unterstützung	54 Items (Aussagen über soziale Kontakte), verschiedene Subskalen 5-Punkt Likert-Skala: 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft genau zu)	Je höher der Score, desto besser die soziale Unterstützung	Beispiel-Items einer Kurzform siehe Anhang C18
<p>Verbal Rating Scale (VRS) Originalquelle: Williamson und Hoggart (2005)</p>	Schmerzen	Liste von Adjektiven, um Schmerzintensität anzugeben mit zugeteilter Nummer. Von 0 (keine Schmerzen) bis 3 (schwere oder intensive Schmerzen). Abstände dazwischen sind nicht zwingend gleich.	Je höher die Zahl, desto stärker die Schmerzen	Reagiert nicht sensitiv auf Veränderungen der Schmerzen Instrument siehe Anhang C11
<p>Visual Analogue Scale (VAS) Originalquelle: Williamson und Hoggart (2005)</p>	Schmerzen	10cm lange Linie von keinem Schmerz bis schlimmst vorstellbarem Schmerz. Betroffene Person zeichnet darauf die Schmerzintensität ein, Score wird vom Nullpunkt bis zur Markierung der betroffenen Person gemessen.	Je mehr Millimeter, desto stärker Schmerzen	Instrument in Anhang C11

6.3 Bellikon und USZ

Um die Übertragbarkeit auf die Praxis zu gewährleisten, standen die Autorinnen dieser Bachelorarbeit im Austausch mit dem USZ und der Rehabilitationsklinik Bellikon.

Informationen aus Gesprächen mit unterschiedlichen Fachpersonen werden hier integriert:

- C. Rüegg (Physiotherapeutin in der Rehabilitationsklinik Bellikon mit Spezialisierung auf Brandverletzungen)
- F. Schuler (Pflegefachfrau und Stationsleitung in der Rehabilitationsklinik Bellikon mit Schwerpunkt unter anderem [u.a.] auf Brandverletzungen)
- N. Mansel (Psychotherapeut der Rehabilitationsklinik Bellikon)
- S. Simone (Advanced Practice Nurse [APN] im USZ auf der Bettenstation und im Ambulatorium mit Schwerpunkt u.a. von Brandverletzungen)

Auf der Bettenstation des USZ werden psychosoziale Probleme folgendermassen zu erfassen versucht: enge Begleitung der Brandverletzten bereits auf der Intensivstation durch die APN der Bettenstation, ausführliche Übergabe zwischen Pflegefachpersonen der Intensiv- und Bettenstation, Eintrittsassessment mit gezielten Fragen (Brandverletzte, die nicht auf der Intensivstation waren), wöchentliches Folgeassessment mit gezielten Fragen, spezifische Weiterbildung für das Pflegefachpersonal und Ressourcenperson mit Weiterbildung im Bereich „Bewältigung“, welche bei Bedarf Unterstützung anbieten kann (S. Simone, persönliche Mitteilung, April 5, 2017).

Schmerzen wurden von allen interviewten Fachpersonen genannt (C. Rüegg, F. Schuler und N. Mansel, persönliche Mitteilung, März 1, 2017; S.S., persönliche Mitteilung, März 3, 2017). Die Non-Compliance wurde von allen Fachpersonen vorwiegend hinsichtlich Kompressionskleidung genannt (C.R., F.S., N.M und S.S., ebenda [ebd.]).

Fatigue wurde nicht angesprochen.

Körperbildstörungen werden im USZ und in der Rehabilitationsklinik Bellikon standardmässig erfasst und wenn nötig als Pflegediagnose eingesetzt (F.S. und S.S., ebd.). Vor dem Übertritt in die Rehabilitationsklinik wird im USZ der Umgang mit Körperbildveränderungen thematisiert, das **Wohlbefinden** wird standardmässig erfasst, im Pflegebericht do-

kumentiert und bei Bedarf Interventionen geplant (S.S., ebd.). Betreffend Körperbildstörungen findet ein enger Austausch zwischen der APN vom USZ und der Stationsleiterin der Rehabilitationsklinik Bellikon statt (F.S. und S.S., ebd.).

Schlafstörungen wurden von verschiedenen Fachpersonen des Spitals und der Rehabilitationsklinik Bellikon genannt (C.R.; F.S., N.M. und S.S., ebd.).

Emotionale Labilität wurde wiederholt genannt, die unterschiedlichen **Emotionen** wurden bestätigt (F.S., N.M. und S.S., ebd.). Gespräche über **Schuldgefühle und Sorgen** werden bei Bedarf durch Pflegefachpersonen im Spital beziehungsweise in der Rehabilitationsklinik durchgeführt (F.S. und S.S., ebd.).

Zwischenmenschliche Beziehungen und das Vermeiden von sozialem Rückzug sind vorwiegend in der Rehabilitationsklinik Bellikon ein Thema (N.M. und F.S., ebd.).

Die **Sexualität** wird bisher weder im USZ, noch in der Rehabilitationsklinik standardmässig angesprochen (F.S., N.M. und S.S., ebd.). Meist wird das Thema im USZ im Pflegebericht erfasst, Pflegediagnosen werden diesbezüglich selten gestellt, in Kürze wird in der neuen Patientenbroschüre die Info „Intimität und Sexualität nach einer Brandverletzung“ enthalten sein (S.S., persönliche Mitteilung, April 5, 2017).

Berufliche Reintegration und Arbeitsrehabilitation führt in der Deutschschweiz die Rehabilitationsklinik Bellikon für Schwerbrandverletzte durch (Rehaklinik Bellikon, 2016). Bei weniger gravierenden Verbrennungen sind die Betroffenen oft in ambulanter Betreuung am USZ, wo auch berufliche Probleme besprochen werden (S.S., persönliche Mitteilung, März 3, 2017; USZ, n.d.). Bei weiterführenden Problemen wird der Sozialdienst oder ein Case-Management eingesetzt (S.S., ebd.).

Laut N.M. (ebd.) sind Betroffene mit emotionsfokussierten oder vermeidenden **Coping-Strategien** vulnerabler für Psychopathologien, die Unterstützung zielt auf das Bewusstmachen der Stärken, das Fördern von Zuversicht und Optimismus und das Stärken des Selbstvertrauens ab.

Im USZ werden Coping-Strategien im Assessment-Tool (Erstassessment und Folgeassessments) erfasst und aufgezeichnet (S.S., persönliche Mitteilung, April 5, 2017). Gespräche zur Unterstützung der **Selbstreflexion** (Werte, Lebensstil etc.) werden bei Bedarf angeboten (F.S. und N.M., ebd.; S.S., persönliche Mitteilung, März 3, 2017).

PTG wurde von verschiedenen Fachpersonen beobachtet, es wird jedoch nicht systematisch erfasst beziehungsweise gezielt unterstützt (C.R., F.S. und S.S. ebd.). In der Psychotherapie wird PTG im Rahmen einer ressourcenorientierten Herangehensweise thematisiert, aber nicht systematisch erfasst (N.M. ebd.).

Alle Fachpersonen vermuteten einen negativen Einfluss auf den psychosozialen Zustand Brandverletzter durch eine **Isolation** in einem Einzelzimmer aufgrund einer Besiedlung mit Keimen (C.R., F.S., N.M. und S.S. ebd.), was allerdings in der eingeschlossenen Literatur dieser Bachelorarbeit nie angesprochen wurde.

7. Theorie-Praxis-Transfer

Der nachfolgende Theorie-Praxis-Transfer beinhaltet eine Auseinandersetzung mit den Assessmentinstrumenten, eine Besprechung von möglichen Interventionen und eine Darstellung eines Merkblatts für die Praxis.

7.1 Assessmentinstrumente

Die in Tabelle 7 dargestellten Assessmentinstrumente decken viele Bereiche psychosozialer Auswirkungen ab. Für einen schnellen Überblick erstellten die Autorinnen dieser Bachelorarbeit Tabelle 8, die aufzeigt welche Bereiche psychosozialer Auswirkungen die jeweiligen Assessmentinstrumente erfassen.

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

Tabelle 8
Assessmentinstrumente nach Thematik (Steiger & Zeller, 2017)

Assessment-instrument	Schmerzen	Fatigue	Körperbild	Selbstwert und Wohlbefinden	Schlaf	negative Emotionen	Zwischenmenschliche Beziehungen und Sexualität	Beruf/Arbeit	Bewältigungsstrategien	Hoffnung	Selbstreflexion	PTG	Generell
Adult hope scale (AHS)										x			
Body esteem scale (BES) for Adolescents and Adults			x										
Brief COPE									x				
Burn specific Health Scale-brief (BSHS-B)			x			x	x						x
Burns Psychology Assessment Tool (BPAT)													x
Checklist Individual Strength (CIS)		x				x							
Chronic Stress Scale (CSS)													x
Community Integration Questionnaire (CIQ)							x	x					
COPE									x				
General Self-Efficacy Scale (GSE)				x									
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)						x							

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

Assessment-instrument	Schmerzen	Fatigue	Körperbild	Selbstwert und Wohlbefinden	Schlaf	negative Emotionen	Zwischenmenschliche Beziehungen und Sexualität	Beruf/Arbeit	Bewältigungsstrategien	Hoffnung	Selbstreflexion	PTG	Generell
Interpersonal Support Evaluation List – 12 Question Version (ISEL-12)							x						
Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)				x			x						
Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ-IA)			x										
Numerical Rating Scale (NRS)	x												
Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ)						x							
Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)				x			x				x	x	
Satisfaction with Appearance Scale (SWAP)			x										
Satisfaction with Life Scale (SWLS)													x
Short Form 36 Health Survey (SF-36)	x					x	x	x					x
Sickness Impact Profile (SIP)					x	x	x	x					x

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

Assessment-instrument	Schmerzen	Fatigue	Körperbild	Selbstwert und Wohlbefinden	Schlaf	negative Emotionen	Zwischenmenschliche Beziehungen und Sexualität	Beruf/Arbeit	Bewältigungsstrategien	Hoffnung	Selbstreflexion	PTG	Generell
Social Support Questionnaire = Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU)							x						
Verbal Rating Scale (VRS)	x												
Visual Analogue Scale (VAS)	x												

Den Autorinnen dieser Arbeit ist es wichtig, aufzuzeigen, welche der genannten Assessmentinstrumente im Alltag effektiv umsetzbar sind. Die drei Assessmentinstrumente in Tabelle 9 sind in ihren Augen für die Praxis geeignet.

Tabelle 9
Geeignete Assessmentinstrumente für den Alltag (Steiger & Zeller, 2017)

Assess- men- tinstru- ment	Spezifisch für Brand- verletzte?	Über- sichtlich geglie- dert?	Schnell ausge- füllt?	Deutsche Version erhält- lich?	Reliabel?	Weiteres
BPAT	ja	ja	nein	nein	Ja, meh- rere Stu- dien durch- geführt	Deckt viele Bereiche ab, gibt Interventions- vorschläge zu den je- weiligen Punktzahlen
BSHS-B	ja	ja	ja	ja	Ja, auch deutsche Version	Deckt viele Bereiche ab
NRS	Nein, wird aber in der Praxis ange- wendet	-	ja	ja	Ja, bereits mehrfach getestet	Gibt spezifischere Werte als VRS oder VAS an

7.2 Interventionen

Damit Pflegefachpersonen Brandverletzte auf ihrem Weg in eine neue Normalität unterstützen können, müssen sie geeignete Interventionen kennen. Diese können kurz- oder langfristige Auswirkungen haben, eine klare Trennung ist selten möglich.

In der Praxis wurden teilweise nicht ausreichend **Analgetika** verabreicht, diese wurde zu früh verringert oder abgesetzt und das Fachwissen der Behandelnden fehlte (Dahl et al., 2012, Na, 2008, Oster et al. (2010), zitiert nach, Kornhaber et al., 2014, p. 26; Tengvall et al., 2010). Den Autorinnen dieser Bachelorarbeit erscheint es deshalb unerlässlich, dass während des gesamten Behandlungsprozesses eine adäquate Schmerztherapie gewährleistet ist, indem Schmerzen regelmässig erfasst und angemessen behandelt werden.

Massnahmen gegen Angst und Furcht sollten von Pflegefachpersonen ergriffen werden, Anxiolytika sollten bei Bedarf verwendet werden (Blakeney et al., 2008; Finlay et al., 2012, Lo, Hayter, Hsu, Lin & Lin, 2010, So et al., 2003, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 27).

Die Autorinnen dieser Arbeit sind der Meinung, dass pharmakologische Interventionen ergriffen werden sollten, wenn nicht-medikamentöse Massnahmen (z.B. Entspannungstechniken oder beruhigende Aromatherapie) keinen Erfolg erzielen.

Eine **empathische Kommunikation** wird von Kezelman und Stavropoulos (2012, zitiert nach McLean et al., 2015, p. 384) genannt. Es ist wichtig, dass Betroffene **ihre Erlebnisse erzählen** können (Colling, 2004, Wisely et al., 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2288; Tengvall et al., 2010). Laut Blakeney et al. (2008) sollten Gefühlsäusserungen wie Wutausbrüche zugelassen werden, aber auch **Grenzen aufgezeigt** werden. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit wissen, wie wichtig diese Massnahmen sind. Sie sollten vom gesamten Behandlungsteam gleich gehandhabt werden, was eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit verlangt.

Soziale Kontakte mit der Familie, Freunden oder dem Personal sollten gefördert werden (Blakeney et al., 2008; Calhoun & Tedeschi, 1999, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 573; Klinge et al., 2009; Kornhaber et al., 2014; Tengvall et al., 2010). Die Autorinnen dieser Arbeit betonen, dass soziale Kontakte bei isolierten Brandverletzten noch relevanter sind. Pflegefachpersonen müssen regelmässig zu Betroffenen ins Zimmer, auch wenn dies mit einem Mehraufwand verbunden ist.

Blakeney et al. (2008) schlagen die **Familienbegleitung** vor, dies wird von den Autorinnen dieser Arbeit unterstützt, schliesslich müssen nicht nur die Brandverletzten lernen, mit der neuen Situation umzugehen, sondern auch die Angehörigen.

Blakeney et al. (2008) nennen auch **Entspannungstechniken**. Die Autorinnen dieser Arbeit sind überzeugt, dass dies viel bewirken könnte, sind aber bezüglich der Implikation im Pflegealltag noch unsicher.

Das **Ansprechen des Körperbilds** und in Zusammenhang damit das Anbieten von abdeckendem **Make-Up/ Camouflage** wurden genannt (Connell et al., 2015; S.S., ebd.). Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit möchten die Wichtigkeit dieser Massnahmen betonen, die Finanzierung der Camouflage sollte noch geklärt werden.

Das **Ansprechen der Sexualität** wurde als wichtig genannt (Connell et al., 2015; S.S., ebd.).

Die Autorinnen dieser Arbeit vermuten, dass das dieses wichtige und möglicherweise heikle Thema am besten durch die Implementierung eines Fragebogens oder standardisierten Fragen während Verlaufsgesprächen zur Routine im Behandlungsprozess werden kann.

Wichtig ist es, **Beobachtungen** bezüglich psychosozialer Problembereiche an den ärztlichen Dienst weiterzuleiten (Wikehult et al., 2008) und eng mit den **nachbehandelnden Diensten** zusammenzuarbeiten (Blakeney et al., 2008; Kornhaber et al., 2014). Den Autorinnen dieser Arbeit ist es wichtig, dass Unsicherheiten im Team besprochen und Beobachtungen zeitnah weitergeleitet werden. Eine enge Zusammenarbeit mit nachbehandelnden Diensten ermöglicht in ihren Augen beste Chancen auf optimale Genesung. Sie gehen davon aus, dass das **Ermutigen**, die **Förderung von Selbstständigkeit**, die **Vermittlung von Hoffnung** und das **Steigern des Selbstvertrauens** (Blakeney et al., 2008; Calhoun & Tedeschi, 1999, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 573; Kornhaber et al., 2014; McLean et al., 2015 Tengvall et al., 2010) psychosoziale Auswirkungen positiv beeinflussen können.

Calhoun und Tedeschi (1999, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 573) betonen die Wichtigkeit, den Betroffenen **Sicherheit zu vermitteln** und **positive Äusserungen aufzunehmen** und zu verstärken. Ein eingespieltes Team und das System der Bezugspflege schaffen in den Augen der Autorinnen dieser Arbeit eine Vertrauensbasis und die notwendige Sicherheit.

Laut Blakeney et al. (2008) muss Unterstützung beim **Finden einer neuen Identität** angeboten werden. Die Autorinnen dieser Arbeit sehen dies als Aufgabe einer Bezugspflegenden oder der APN, welche Brandverletzte langfristig betreut.

Mehrfach erwähnt wird der **Peer-Support** (Badger & Royse, 2010, Oster et al., 2010, Williams et al., 2003, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 24; Blakeney et al., 2008; Kornhaber, Wilson, Abu-Qamar, McLean & Vandervord, 2015, Davis, Gorgens, Shriberg, Godleski & Meyer, 2015, zitiert nach McLean et al., 2015, p. 384). Die Autorinnen dieser Arbeit sehen darin viel Potential und denken, dass eine geschickte Peer-Kombination zum richtigen Zeitpunkt hilfreich sein.

Relevant für Brandverletzte sind **Informationen** zu den Therapien und das Aufzeigen, dass gewisse **Symptome** (z.B. Schlafstörungen) in unterschiedlichen Phasen normal sind (Blakeney et al., 2008; Calhoun & Tedeschi, 1999, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 573; Kornhaber et al., 2014). Die Patientenedukation betreffend Therapien und Wundmanagement ist essentiell für die Adhärenz (Ripper et al., 2009, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 24). Die Autorinnen dieser Arbeit möchten betonen, dass das Abklären der Verantwortlichkeit relevant ist, damit eine kontinuierliche und vollständige Information gewährleistet ist.

Kornhaber et al. (2014) sehen Unterstützungsfelder bei der **Kommunikation mit den Vorgesetzten**. Klinge et al. (2009) fügen die schnellstmögliche **Wiederaufnahme von vorhergehenden Aktivitäten** hinzu. Laut den Autorinnen dieser Arbeit ist die Kommunikation mit den Vorgesetzten selten die Aufgabe der Pflegefachpersonen, eher übernehmen dies der Sozialdienst oder das Case-Management, auch die Wiederaufnahme von Aktivitäten findet oft erst nach Austritt statt. Hier sehen sie einen Interventionspunkt, Pflegefachpersonen können Brandverletzte motivieren, gewisse Aktivitäten schon zu einem frühen Stadium, soweit möglich, wiederaufzunehmen (z.B. musizieren).

Das Erlernen von **Copingstrategien, Stressmanagement und die Entwicklung von Handlungsstrategien** wurden in vier Artikeln genannt (Blakeney et al., 2008; Calhoun & Tedeschi, 1999, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p. 573; Connell et al., 2015; Kornhaber et al., 2014). Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit sehen diese Aufgaben vorwiegend in der Psychotherapie. Pflegefachpersonen müssen dennoch die Betroffenen darin unterstützen, was eine enge Zusammenarbeit mit dem psychologischen und psychiatrischen Dienst erfordert.

7.3 Erstellung Merkblatt

Zur Anwendung der Erkenntnisse in der Praxis erstellten die Autorinnen ein Übersichtsblatt mit den häufigsten psychosozialen Auswirkungen, Assessmentinstrumenten und Interventionsvorschlägen. Dieses A3-Poster könnte im Stationszimmer aufgehängt werden, damit es im Alltag ersichtlich ist. Genauere Informationen (z.B. vollständige Assessmentinstrumente) könnten in einem Ordner aufbewahrt und bei Bedarf konsultiert werden. Die hausinternen Richtlinien müssen beachtet werden.

Abbildung 5 zeigt die Vorderseite des Merkblatts, aufgrund der Lesbarkeit wurde mit numerischen Quellenangaben gearbeitet, diese sind auf der Rückseite des Posters platziert. Das gesamte Poster ist in Originalgrösse im Anhang D ersichtlich.

Abbildung 5. Vorderseite Merkblatt (Steiger & Zeller, 2017)

Psychosoziale Auswirkungen von Brandverletzungen
Auswirkungen, Assessmenttools, Interventionen



- Psychosoziale Auswirkungen**
- Schmerzen ^{3,5,7}
 - Non-Compliance ^{2,14}
 - Fatigue ^{13,7}
 - Körperbildstörungen ^{1,2,4,6}
 - Selbstwertgefühl und Wohlbefinden sinkt ^{1,2,4}
 - Schlafstörungen/ Alpträume ^{1,4,6,7}
 - Emotionen
 - Angst ^{1,6,13}
 - Gefühl der Vernachlässigung ⁹
 - Hilflosigkeit ⁷
 - Hoffnungslosigkeit ^{1,12}
 - Last für andere ⁹
 - Machtlosigkeit ⁹
 - Scham ^{1,2,4}
 - Schuldgefühle und Sorgen ^{1,4,5,6}
 - Trauer ^{1,4}
 - Ungewissheit ⁹
 - Unsicherheit ⁹
 - Verzweiflung ⁴
 - Wut und Aggressionen ^{1,4,11}
 - emotionale Labilität ¹
 - Veränderung zwischenmenschliche Beziehungen ^{1,2,5}
 - Sexualität oder Freude daran nimmt ab ^{1,2}
 - Finanzielle und berufliche Veränderungen ^{1,2,4,15,17}
 - Bewältigungsstrategien ^{1,5,6,7,15,16,18}
 - Hoffnung ^{1,12}
 - Selbstreflexion ^{5,8}
 - Post traumatic growth ^{6,19}

	Schmerzen	Fatigue	Körperbildstörungen	Wohlbefinden	Selbstwertgefühl und Wohlbefinden	Schlaf	Negative Emotionen	Zwischenmenschliche Beziehungen/Sexualität	Beruf/Arbeit	Bewältigungsstrategien	Hoffnung	Selbstreflexion	PTG	Generell
AHS ²⁰										x				
BES for Adolescents and Adults ²⁰			x											
Brief COPE ²⁷ /COPE ³³									x					
BSHS-β ²⁸			x			x	x							x
BPAT ²⁰														x
CIS ²⁹		x				x								x
CS ³¹														
CIQ ³²							x	x						
GSE ³⁴			x											
HADS ³⁵						x								
ISEL-12 ³⁶ /ISEL ³⁷				x			x							
MBSRQ-IA ³⁸			x											
NRS ³⁹	x													
PSQ ²⁶						x								
PTGI ¹⁹				x			x					x	x	
SWAP ⁴⁰			x											
SWLS ⁴¹														x
SF-36 ⁴²	x					x	x	x						x
Sip ⁴³					x	x	x	x						x
F-SozU ⁴⁴							x							
VRS ³⁹	x													
VAS ³⁹	x													

- Pflegerische Interventionen**
- gute Einstellung der Analgetika und regelmäßige Sz-Erfassung ^{1,5,7}
 - Angst reduzieren (und Anxiolytika) ^{1,25}
 - empathische Kommunikation ²⁴
 - erzählen lassen ^{7,24}
 - Gefühlsäusserungen zulassen, aber Grenzen setzen ¹
 - soziale Kontakte ermöglichen ^{1,3,5,7,22}
 - Familienbegleitung ¹
 - Entspannungstechniken ¹
 - Körperbild ansprechen ^{7,20}
 - abdeckendes Make-Up anbieten ^{2,20}
 - Sexualität ansprechen ^{2,20}
 - Beobachtungen an den ärztlichen Dienst weiterleiten ⁸
 - enge Zusammenarbeit mit nachbehandelnden Diensten, Follow-Up ^{1,5}
 - Motivieren, ermutigen, loben, Hoffnung vermitteln, Steigerung Selbstvertrauen ^{1,5,6,22}
 - Sicherheit gewährleisten ²²
 - Unterstützung beim Finden von neuer Identität ¹
 - Peer-Support ^{1,5,21}
 - Patienteninformation bezgl. Symptome und Therapien und Normalisieren von Symptomen ^{1,2,22}
 - Unterstützung Kommunikation mit Vorgesetzten ⁵
 - Unterstützung schnellstmögliche Wiederaufnahme Hobbies ⁵
 - Unterstützen Copingstrategien und Handlungsstrategien zu entwickeln und Stressmanagement verbessern ^{1,2,5,22}



Bei Fragen oder Unklarheiten meldet euch bei : _____
 Notfall-Kons Psychiatrie: _____ Seelsorge (08.00-20.00 Uhr): _____
 Merkblatt erstellt durch: Marina Steiger und Anna Zeller, April 2017

* deutsche Version erhältlich

8. Schlussfolgerung

Diese Bachelorarbeit zeigt auf, dass Brandverletzte neben den physischen Einschränkungen mit diversen psychosozialen Auswirkungen konfrontiert sind. Es wurden vorwiegend negative Aspekte identifiziert, aber auch positive Aspekte genannt.

8.1 Reflexion der Fragestellung, Stärken und Schwächen der Bachelorarbeit

Die Fragestellung der Bachelorarbeit liess sich mit der vorhandenen Literatur nur teilweise beantworten. Das Einschliessen von weiterer Literatur ermöglichte das Zusammenstellen von Assessmentinstrumenten, jedoch nicht das Aufzählen von Beobachtungsschwerpunkten.

Diese Bachelorarbeit beinhaltet einige Limitationen: Es konnte keine systematische Literaturrecherche durchgeführt werden, dies hätte den Rahmen einer Bachelorarbeit gesprengt. Das Ausschliessen von Studien, die nicht französisch-, deutsch- oder englischsprachig waren hatte möglicherweise zur Folge, dass relevante Literatur unbeachtet blieb. Das Einschliessen von Reviews und Studien mit geringer Güte war aufgrund der Datenlage notwendig, es muss als Limitation angesehen werden. Die nur teilweise beantwortete Fragestellung zeigt auf, dass noch Forschungsbedarf besteht. Als Stärke darf das Miteinschliessen von Expertenmeinungen und die Besuche der Autorinnen in der Rehabilitationsklinik Bellikon und im USZ genannt werden. Diese Einblicke ermöglichten ein gezieltes Zusammenspiel zwischen Theorie und Praxis, das erstellte Merkblatt könnte in der Praxis eins-zu-eins verwendet werden.

8.2 Forschungsbedarf und weiterführende Fragen

Brandverletzungen sind ein spezifisches Gebiet, das eher schlecht erforscht ist, bei psychosozialen Auswirkungen ist die Datenlage noch prekärer.

Die Autorinnen erachten weitere Forschungen im Bereich von PTG als essentiell, da dies in der Praxis zwar beobachtet, aber noch nicht ganzheitlich erfasst beziehungsweise gefördert wird.

Das Thematisieren der Sexualität wurde in der Praxis eher vernachlässigt. Hier sollte gezielte Forschung ansetzen, um das Ausmass der Auswirkungen, Einflussfaktoren und Unterstützungsmöglichkeiten zu erfassen.

Die Auswirkungen von Isolationsmassnahmen wurden von den befragten Fachpersonen mehrfach genannt, in der eingeschlossenen Literatur dieser Bachelorarbeit nie erwähnt. Hier sollte die Forschung ansetzen, um Zahlen zu isolierten Brandverletzten aufzuzeigen, psychosoziale Auswirkungen einer solchen Isolation darzustellen und passende Interventionsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Die Aufzählung von Beobachtungsschwerpunkten wurde nicht erreicht, die Assessmentinstrumente geben einen Hinweis, worauf geachtet werden sollte. Die Anwendung dieser Assessmentinstrumente bedeutet teilweise einen grossen zeitlichen Aufwand. Zukünftige Forschung sollte hier ansetzen, um Beobachtungsschwerpunkte zu erarbeiten und z.B. sogenannte „red flags“ von grossen Problemen benennen zu können, damit psychosoziale Auswirkungen einfacher und standardmässiger erfasst werden können. Genauere Untersuchungen zu Einflussfaktoren auf die psychosoziale Anpassung nach Brandverletzungen könnten hilfreich sein.

Assessmentinstrumente sollten, wo nötig, auf ihre Validität bezüglich Brandverletzter getestet werden. Wo keine deutsche Version existiert, sollten sie übersetzt werden. In verschiedenen Hauptartikeln wurden Betreuungs- oder Behandlungsmodelle vorgestellt, die auf ihre Validität und Praxistauglichkeit hin untersucht werden müssten.

Literaturverzeichnis

- Al-Mousawi, A. M., Suman, O. E., & Herndon, D. N. (2012). Teamwork for total burn care: Burn centers and multidisciplinary burn teams. In D. Herdon (Ed.), *Total Burn Care: Fourth Edition* (4th ed., pp. 9–13). Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-2786-9.00002-3>
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure. *Medical Care*, *19*(8), 787–805.
- Besson, P., Salzmann, K., & H+. (2008). Definition der Behandlungsarten im Spital und in Geburtshäuser im Rahmen des UVG/ IVG/ MVG (in Anlehnung an die VKL Interpretation). Retrieved September 14, 2016, from http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Betriebswirtschaft/VKL/VKL_Interpretation_der_Artikel_34_und_5_V13.pdf
- Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenberg, M., & Faber, A. W. (2008). Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*, *34*(4), 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2007.08.008>
- Brendebach, L. (2013). *Notarzt-Leitfaden* (7th ed.). Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag.
- Brookings, J. B., & Bolton, B. (1988). Confirmatory Factor Analysis of the Interpersonal Support Evaluation List. *American Journal of Community Psychology*, *16*(1), 137–147. <https://doi.org/10.1007/BF00906076>
- Bültmann, U., de Vries, M., Beurskens, A. J., Bleijenberg, G., Vercoulen, J. H., & Kant, I. (2000). Measurement of Prolonged Fatigue in the Working Population: Determination of a Cutoff Point for the Checklist Individual Strength. *Journal of Occupational Health Psychology*, *5*(4), 411–416. <https://doi.org/10.1037//1076-B998.5.4.411>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- CHUV. (n.d.). CENTRE REMAND DES BRÛLÉS. Retrieved March 15, 2017, from http://www.chuv.ch/brulures/brul_home/brul-notre_reseau_dexperts/brul-intervenants/brul-centre_romand_des_brules.htm
- Connell, K. M., Coates, R., & Wood, F. M. (2015). Burn Injuries Lead to Behavioral

- Changes that Impact Engagement in Sexual and Social Activities in Females. *Sexuality & Disability*, 33(1), 75–91. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9360-x>
- Daszkowski, A. (2003). *Das Körperbild bei Frauen und Männern - Evolutionstheoretische und kulturelle Faktoren*. Marburg: Tectum Verlag.
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Elsherbiny, O. E. E., Salem, M. A., El-Sabbagh, A. H., Elhadidy, M. R., & Eldeen, S. M. A. (2011). Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns*, 37(5), 776–789. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2010.12.017>
- Falder, S., Browne, A., Edgar, D., Staples, E., Fong, J., Rea, S., & Wood, F. (2009). Core outcomes for adult burn survivors: A clinical overview. *Burns*. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2008.09.002>
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3rd ed.). Bern: Huber.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift Für Medizinische Psychologie*, 18(1), 43–48. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.37.1.72>
- H+. (2013). DefReha. Retrieved September 14, 2016, from http://www.swiss-reha.com/downloads/2013-11-14_defreha-version-1.0_deu_def.pdf
- Hall, B. (2012). Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(3), 272–280. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3182542cdb>
- Hartford, C. E. (2012). Care of outpatient burns. In D. Herdon (Ed.), *Total Burn Care* (4th ed., pp. 81–92). Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Saunders Elsevier.
- HSM. (2016). Beschluss über die Zuordnung der Behandlung von schweren Verbrennungen beim Erwachsenen zur hochspezialisierten Medizin (HSM). Retrieved March 18, 2017, from http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/dokumentation/bb_format_publ_re2_zuordnung_burns_2016_d_def_7005.pdf
- Huch, R., & Jürgens, K. (2011). *Mensch, Körper, Krankheit*. (K. Huch, R. & Jürgens, Ed.) (6th ed.). München: Elsevier.
- Klinge, K., Chamberlain, D. J., Redden, M., & King, L. (2009). Psychological adjustments made by postburn injury patients: An integrative literature review. *Journal of Advanced*

- Nursing*, 65(11), 2274–2292. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05138.x>
- Kornhaber, R., Wilson, A., Abu-Qamar, M. Z., & McLean, L. (2014). Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: An integrative review. *Burns*, 40(1), 17–29. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2013.08.003>
- Künzi, W., & Wedler, V. (2004). *Wegweiser Verbrennungen: Beurteilung und Behandlung von Verbrennungen bei Erwachsenen*. Pambio-Noranco: IBSA, Institut biochimique SA.
- Lawrence, J. W., & Fauerbach, J. A. (2003). Personality, Coping, Chronic Stress, Social Support and PTSD Symptoms Among Adult Burn Survivors: A path analysis. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 24(1), 63–72. <https://doi.org/10.1097/01.BCR.0000045663.57246.ED>
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L., & Doctor, M. (2004). Visible vs Hidden Scars and Their Relation to Body Esteem. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 25(1), 25–32. <https://doi.org/10.1097/01.BCR.0000105090.99736.48>
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. a, Heinberg, L. J., Doctor, M., & Thombs, B. D. (2006). The Reliability and Validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) Among an Adult Burn Survivor Sample. *Psychological Assessment*, 18(1), 106–111. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.1.106>
- Lawrence, J. W., Heinberg, L. J., Roca, R., Munster, A., Spence, R., & Fauerbach, J. A. (1998). Development and Validation of the Satisfaction With Appearance Scale: Assessing Body Image Among Burn-Injured Patients. *Psychological Assessment*, 10(1), 64–70. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.1.64>
- McLean, L. M., Rogers, V., Kornhaber, R., Proctor, M.-T., Kwiet, J., Streimer, J., & Vandervord, J. (2015). The patient–body relationship and the “lived experience” of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 377–387. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S89375>
- McRobert, J. (2012). The psychosocial impact on patients with altered body image from burns. *British Journal of Community Nursing*, 30(December), 27–30.
- Merriam-Webster. (2015). Definition of PSYCHOSOCIAL. Retrieved August 17, 2016, from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/psychosocial>
- Merz, E. L., Roesch, S. C., Malcarne, V. L., Penedo, F. J., Llabre, M. M., Weitzman, O. B., ... Gallo, L. C. (2014). Validation of Interpersonal Support Evaluation List-12 (ISEL-

- 12) scores among English- and Spanish-Speaking Hispanics/Latinos from the HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Psychological Assessment*, 26(2), 384–394. <https://doi.org/10.1037/a0035248>
- Michalsen, A., & Pschyrembel Redaktion. (2017). Verbrennung. Retrieved April 4, 2017, from <https://www.pschyrembel.de/Verbrennung/N027R/doc/>
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Multidimensional Assessment of Coping: Validation of the Brief COPE among French Population. *Encéphale*, 29(6), 507–516. <https://doi.org/MDOI-ENC-12-2003-29-6-0013-7006-101019-ART5> [pii]
- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179(6), 540–544. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.540>
- NANDA International. (2013). *Pflegediagnosen: Definitionen & Klassifikationen 2012-2014*. (T. H. Herdman, Ed.) (1st ed.). Kassel: RECOM.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172.
- PHRU. (2006). Critical Appraisal Skills Programme (CASP): Making Sense Of Evidence. 10 Questions to Help You Make Sense of Reviews. Retrieved September 1, 2016, from http://media.wix.com/ugd/dded87_a02ff2e3445f4952992d5a96ca562576.pdf
- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of Advanced Nursing*, 15(5), 585–93. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2358576>
- Raffoul, W., & Berger, M. M. (2006). Verbrennungen : Von der Verbrühung bis zum Elektrotrauma – Definitionen und Behandlung. *Schweiz Med Forum*, 6, 243–251.
- Regojo, P. (2003). Burn care basics: how to extinguish problems. *NURSING*, 33(3), 50–53.
- Rehaklinik Bellikon. (2016, June). Traumatologische Akutrehabilitation - Orthopädische und Handchirurgische Rehabilitation. *Zurück Ins Leben*, 1–20.
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW*. Winterthur: ZHAW.
- Rosenberg, L., Lawrence, J., Rosenberg, M., Fauerbach, J., & Blakeney, P. (2012). Psychosocial recovery and reintegration of patients with burn injuries. In D. N. Herndon (Ed.), *Total Burn Care* (4th ed., pp. 743–753). Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Elsevier Health Sciences. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-2786-9.00066-7>

- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- SAMW. (2009). *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*. Basel: SAMW.
- Sander, A. M., Fuchs, K. L., High, W. M., Hall, K. M., Kreutzer, J. S., & Rosenthal, M. (1999). The Community Integration Questionnaire Revisited : An Assessment of Factor Structure and Validity. *Arch Phys Med Rehabil*, 80(October), 1303–1308.
- SBK. (2011). Professionelle Pflege Schweiz–Perspektive 2020. Retrieved August 30, 2016, from https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/de/Perspektive2020-dt.pdf
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Eds.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R., Mueller, J., & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12(2), 145–161. <https://doi.org/10.1086/250095>
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2016). Schweizerisches Zivilgesetzbuch. Retrieved September 10, 2016, from <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html>
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. X., ... Harney, P. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tengvall, O., Wickman, M., & Wengström, Y. (2010). Memories of Pain After Burn Injury — The Patient’s Experience. *Journal of Burn Care & Research*, 31(2), 319–327. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e3181d0f5dd>
- Thombs, B. D., Notes, L. D., Lawrence, J. W., Magyar-Russell, G., Bresnick, M. G., & Fauerbach, J. A. (2008). From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.09.003>

- USZ. (n.d.). Behandlungsablauf. Retrieved August 8, 2016, from <http://www.plastische-chirurgie.usz.ch/fachwissen/verbrennungschirurgie/seiten/brandverletzungen.aspx>
- Vercoulen, J. H., Swanink, C. M., Fennis, J. F., Galama, J. M., van der Meer, J., W., & Bleijenberg, G. (1994). Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*(5), 383–392.
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, *30*(6), 473–483.
- WHO. (2016). Burns - Fact Sheet. Retrieved March 21, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>
- Wiechman Askay, S., & Magyar-Russell, G. (2009). Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *International Review Of Psychiatry*, *21*(6), 570–579. <https://doi.org/10.3109/09540260903344107>
- Wikehult, B., Hedlund, M., Marsenic, M., Nyman, S., & Willebrand, M. (2008). Evaluation of negative emotional care experiences in burn care. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(14), 1923–1929. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02302.x>
- Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: A review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*, *14*(7), 798–804. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x>
- Wisely, J. A., Hoyle, E., Tarrier, N., & Edwards, J. (2007). Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients. *Burns*, *33*(6), 736–746. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2006.10.379>

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AHS	Adult Hope Scale
AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels
APN	Advanced Practice Nurse
BES	Body Esteem Scale
bezgl.	bezüglich
BPAT	Burns Psychology Assessment Tool
BSHS-B	Burn Specific Health Scale-Brief
bzw.	beziehungsweise
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CIQ	Community Integration Questionnaire
CIS	Checklist Individual Strength
CSS	Chronic Stress Scale
ebd.	ebenda
etc.	et cetera
F-SozU	Social Support Questionnaire/ Fragebogen zur sozialen Unterstützung
GSE	General Self-Efficacy Scale
H+	Spitäler der Schweiz
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HSM	hochspezialisierte Medizin
ISEL	Interpersonal Support Evaluation List
ISEL-12	Interpersonal Support Evaluation List – 12 Question Version
Kons	Konsilium
MBSRQ-IA	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
n.d.	nicht datiert
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NRS	Numerical Rating Scale
p.	pagina (lateinisch Seite)
PHRU	Public Health Ressource Unit
pp.	paginae (lateinisch Seiten)

Abkürzung	Bedeutung
PSQ	Perceived Stigmatization Questionnaire
PTBS	Posttraumatisches Belastungssyndrom
PTG	Post-traumatic growth
PTGI	Post-Traumatic Growth Inventory
SAMW	Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften
SBK	Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SF-36	Short Form 36 Health Survey
SIP	Sickness Impact Profile
SWAP	Satisfaction With Appearance Scale
SWLS	Satisfaction With Life Scale
Sz	Schmerz
TBSA	Total Body Surface Area, (verbrannte) Körperoberfläche
u.a.	unter anderem
USZ	UniversitätsSpital Zürich
VAS	Visual Analogue Scale
vgl.	vergleiche
VRS	Verbal Rating Scale
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Keywords auf Deutsch und Englisch (Steiger & Zeller, 2017)	11
Tabelle 2	Ein- und Ausschlusskriterien mit Begründung (Steiger & Zeller, 2017)	12
Tabelle 3	Übersicht eingeschlossene Hauptartikel (Steiger & Zeller, 2017)	15
Tabelle 4	Mögliche Symptome nach Phasen (nach Blakeney et al., 2008, Anpassung, Ergänzung und Übersetzung durch Steiger & Zeller, 2017).....	22
Tabelle 5	Problembereiche nach Phasen (nach Gilboa, 2001, Smith et al., 2006, Herdon, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277, Anpassung und Übersetzung durch Steiger & Zeller, 2017)	26
Tabelle 6	Ergebnisse der Befragung von Wikehult et al. (nach Wikehult et al., 2008, p. 1925, Anpassung und Übersetzung durch Steiger & Zeller, 2017)	38
Tabelle 7	Beschreibung der Assessmentinstrumente (Steiger & Zeller, 2017)	46
Tabelle 8	Assessmentinstrumente nach Thematik (Steiger & Zeller, 2017).....	55
Tabelle 9	Geeignete Assessmentinstrumente für den Alltag (Steiger & Zeller, 2017)	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Verbrennungsgrade (Poet, 2007).....	5
Abbildung 2.	Neunerregel nach Wallace (Künzi & Wedler, 2004).....	6
Abbildung 3.	Stressmodell nach Lazarus (Franke, 2012)	8
Abbildung 4.	6S-Pyramide (DiCenso et al., 2009)	14
Abbildung 5.	Vorderseite Merkblatt (Steiger & Zeller, 2017).....	62

Wortzahl

Abstract	200 Wörter
Arbeit	11'724 Wörter exklusive aller Tabellen, ausser Tabelle 2

Gemäss der Website <https://www.gillmeister-software.de/online-tools/text/woerter-zeichenzaehlen.aspx>, Abfrage am 28. April 2017.

Danksagung

Wir möchten uns an erster Stelle bei unserer Betreuungsperson Frau Neumeyer für die tatkräftige und wohlwollende Unterstützung und die motivierende Begleitung bedanken! Einen grossen Dank möchten wir der Rehabilitationsklinik Bellikon, namentlich Annina Balthes und Sebastian Strebel für die Organisation des Einblickstages aussprechen. Ein herzliches Dankeschön geht an die Physiotherapeutin Christine Rüegg, an die Pflegefachfrau und Stationsleiterin Franziska Schuler und an den Psychotherapeuten Niklas Mansel für den spannenden Austausch und die fachlichen Inputs.

Herzlichen Dank an Stefania Simone, APN des USZ, die uns viel Fachwissen und Material zugänglich machte und uns für Fragen zur Verfügung stand.

Daniel Ritter, Elisa Ruoff, Norbert Rusch, Andrea Steiger und Daniela Steiger möchten wir herzlichst danken, dass sie sich so viel Zeit nahmen, um unsere Arbeit gegenzulesen und uns wertvolle Inputs gaben. Für die fachliche Korrektur und Motivation während des gesamten Prozesses möchten wir Sibylle Müller und Kristina Zecevic von Herzen danken.

Einen letzten Dank möchten wir an unsere Familien und Freunde aussprechen, welche uns aushielten, tatkräftig unterstützten und motivierten.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Ort, Datum, Unterschrift

Marina Steiger Winterthur, 29. April 2017 _____

Anna Zeller Winterthur, 29. April 2017 _____

Anhang

Anhang A: Literaturrecherche

Anhang A1: Datenbank CINAHL

Tabelle 1

Suchverlauf CINAHL (Steiger & Zeller, 2017)

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
11.12.16	<p>burn victim AND psychosocial AND nurs*</p> <p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p> <p>→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting</p>	10	2
11.12.16	<p>burn victim AND psych* AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p> <p>→ Patients' psychosocial adjustment to burn</p> <p>→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting</p>	10	2
11.12.16	<p>burn victim AND mental AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p> <p>→ Patients' psychosocial adjustment to burn</p>	0	0
11.12.16	<p>burn victim AND social AND nurs*</p> <p>→ Patients' psychosocial adjustment to burn</p>	4	1
11.12.16	<p>burn injury AND psychosocial AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p> <p>→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns</p> <p>→ Study of hope in patients with critical burn injuries</p> <p>→ An audit of patients' experiences and opinions concerning mirrors in a UK burns service</p>	20	4
11.12.16	<p>burn victim AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p> <p>→ Patients' psychosocial adjustment to burn</p> <p>→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting</p>	13	2

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
11.12.16	→ Patients' psychosocial adjustment to burn burn victim AND hospital Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	35	Suche verfeinert
11.12.16	burn victim AND hospital AND psych* Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	11	3
	→ Degree of burn, location of burn, and length of hospital stay as predictors of psychosocial status and physical functioning → Prediction of psychosocial health after an accidental burn → Patients' psychosocial adjustment to burn		
11.12.16	burn victim AND burn unit Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	28	Suche verfeinert
11.12.16	burn victim AND burn unit AND psych* Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	10	1
	→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting		
11.12.16	burn unit AND psych* Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	88	Suche verfeinert
11.12.16	burn unit AND psych* Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	65	Suche verfeinert
11.12.16	burn unit AND psych* AND nurs* Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	17	3
	→ An audit of patients' experiences and opinions concerning mirrors in a UK burns service → Relaxation and visual imagery techniques: do they work? Can they really help burn patients? → Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
11.12.16	burn unit AND psychosocial impact → relevante Treffer (Titel)	0	0
11.12.16	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult burn unit AND psychosocial factor	62	Suche verfeinert
11.12.16	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult burn unit AND psychosocial factor	43	Suche verfeinert
11.12.16	Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult burn unit AND psychosocial factor AND nurs*	14	2
11.12.16	Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult → An audit of patients' experiences and opinions concerning mirrors in a UK burns service → Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting burn unit AND psychosocial factor AND nurs*	20	2
11.12.16	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult → An audit of patients' experiences and opinions concerning mirrors in a UK burns service → Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting burn unit AND psychosocial effect	0	0
11.12.16	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult burn unit AND mental	17	3
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult → Burn Specific Health up to 24 Months After the Burn-A Prospective Validation of the Simplified Model of the Burn Specific Health Scale-Brief → Social desirability, psychological symptoms, and perceived health in burn injured patients → Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients.		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
11.12.16	burn unit AND intervention Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	55	Suche verfeinert
11.12.16	burn unit AND intervention AND psych* Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	15	3
11.12.16	burn unit AND rehabilitation Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	49	Suche verfeinert
11.12.16	burn unit AND rehabilitation Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	38	Suche verfeinert
11.12.16	burn unit AND rehabilitation AND nurs* Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	7	1
11.12.16	burn service AND psych* Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	17	3
11.12.16	burn injury AND psychosocial AND nurse	11	2

Datum	Suchstrategie → relevante Treffer (Titel)	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult → Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns → An audit of patients' experiences and opinions concerning mirrors in a UK burns service		
11.12.16	burn injury AND psychosocial impact AND nurse	0	0
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult		
30.7.16	burn injury AND psychosocial impact AND nurse	1	1
	Limits: Language: English, French, German		
11.12.16	burn injury OR burn victim AND psychosocial AND nurse*	1113	Suche verfeinert
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult		
11.12.16	burn injury OR burn victim AND psychosocial AND nurse	1111	Suche verfeinert
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult		
11.12.16	burn injury OR burn victim AND psychosocial AND nurse intervention	1107	Suche verfeinert
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult		
11.12.16	burn injury OR burn victim AND psychosocial AND nurse intervention	715	Suche verfeinert
	Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult		
11.12.16	burn victim OR burn survivor AND psychosocial	75	Suche verfeinert
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
11.12.16	burn victim OR burn survivor AND psychosocial Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	56	Suche verfeinert
11.12.16	burn victim OR burn survivor AND psychosocial AND nurs* Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	7	2
11.12.16	→ The burn survivor perspective → Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting burn survivor AND psychosocial Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	75	Suche verfeinert
11.12.16	burn survivor AND psychosocial Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	56	Suche verfeinert
11.12.16	burn survivor AND psychosocial AND nurs* Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	7	2
11.12.16	→ The burn survivor perspective → Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting burn survivor AND psychosocial AND nurs* Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	2	1
11.12.16	→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting burn survivor AND psychosocial AND rehabilitation Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	30	Suche verfeinert
11.12.16	burn survivor AND psychosocial AND rehabilitation Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	25	12

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p> <p>→ Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: An integrative review → Exercise training to improve health related quality of life in long term survivors of major burn injury: A matched controlled study → The burn survivor perspective → Adult burn survivors' views of peer support: a qualitative study → Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting → Exercise behaviours after burn injury → From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury → Men, fire, and burns: Stories of fighting, healing, and emotions → Sexuality, body image and relationships following burns: Analysis of BSHS-B outcome measures → The national institute on disability and rehabilitation research burn model system database: a tool for the multicenter study of the outcome of burn injury → Symptoms of depression predict change in physical health after burn injury → Coping strategies of eight patients with significant burn injury</p>		
11.12.16	psychosocial AND burn victim	28	Suche verfeinert
	<p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p>		
11.12.16	psychosocial AND burn victim	17	2
	<p>Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p> <p>→ Health-related quality of life of hospitalized patients with burns-Comparison with general population and a 2-year follow-up → Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting</p>		
11.12.16	burn victim AND mental impact	0	0
	<p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p>		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
11.12.16	burn AND psychosocial AND nurs* Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	88	Suche verfeinert
11.12.16	burn AND psychosocial AND nurs* Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	50	Suche verfeinert
11.12.16	burn AND psychosocial AND nurse intervention Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	1	0
11.12.16	burn AND psychosocial AND nursing care Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	7	1
11.12.16	→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting burn AND psychosocial AND care Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	154	Suche verfeinert
11.12.16	burn AND psychosocial AND care Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	102	Suche verfeinert
11.12.16	burn AND psychosocial AND care intervention Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult	3	0
11.12.16	burn patient AND mental AND nurs* Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	3	0
11.12.16	burn injury AND rehabilitation AND psych* Limits: Language: English, French, German Age Groups: All Adult	55	Suche verfeinert
11.12.16	burn injury AND rehabilitation AND psych* Limits:	41	Suche verfeinert

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
11.12.16	<p>Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult burn injury AND rehabilitation AND psychosocial</p>	34	Suche verfeinert
11.12.16	<p>Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult burn injury AND rehabilitation AND psychosocial AND nurs*</p>	3	2
02.01.17	<p>Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p> <p>→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns → Predictors of Discharge Disposition in Older Adults With Burns: A Study of the Burn Model Systems burn victim AND psychosocial AND nurs*</p>	9	1
02.01.17	<p>Limits: Published Date: 200701010 - 20171231</p> <p>→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting burn injury AND psych* AND nurs*</p>	29	Suche verfeinert
02.01.17	<p>Limits: Published Date: 20060101 - 20161231 Language: English, French, German</p> <p>burn injury AND psych* AND nurs*</p>	17	5
02.01.17	<p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All Adult</p> <p>→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patient with burns → Patient satisfaction with burn care 1-6 years after injury → An audit of patients' experiences and opinions concerning mirrors in a UK burns service → Burn care professionals' attitudes and practices regarding discussions of sexuality and intimacy with adult burn survivors → Repeat hospitalization and mortality in older adult burn patients burn injury AND psych* AND burn unit</p>	38	Suche verfeinert
	Limits:		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German</p>		
02.01.17	<p>burn injury AND psych* AND burn unit AND nurs*</p> <p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German</p> <p>→ An audit of patients' experiences and opinions concerning mirrors in a UK burns service</p>	7	1
02.01.17	<p>burn unit AND severe injury AND nurs*</p> <p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German</p>	0	0
02.01.17	<p>burn unit AND severe injury AND nurs*</p> <p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult</p> <p>→ The view of severely burned patients and healthcare professionals on the blind spots in the aftercare process: a qualitative study</p>	3	1
02.01.17	<p>nurs* AND severe burns AND psychosocial</p> <p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult</p> <p>→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting</p>	7	1
02.01.17	<p>severe burn injury AND nurs* AND psychosocial</p> <p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult</p>	3	0
02.01.17	<p>severe burn AND nursing intervention AND psych*</p> <p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German</p>	1	0
02.01.17	<p>major burns AND nurse AND psych*</p> <p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231</p>	4	1

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel) Language: English, French, German		
02.01.17	→ The psychosocial impact on patients with altered body image from burns major burns AND nurs* AND psych* Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German	7	1
02.01.17	→ The psychosocial impact on patients with altered body image from burns major burns AND burn unit AND nurs* Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German	8	1
02.01.17	→ The view of severely burned patients and healthcare professionals on the blind spots in the aftercare process: a qualitative study severe burn AND burn unit AND nurs* Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German	9	2
02.01.17	→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting → The view of severely burned patients and healthcare professionals on the blind spots in the aftercare process: a qualitative study severe burn AND psychosocial AND nurs* Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German	10	1
02.01.17	→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting severe burn AND psych* AND nurs* Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German	12	2
02.01.17	→ Early assessment and identification of post-traumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns → Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting severe burn AND psychosocial AND care Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German	24	9

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>→ Psychosocial care of persons with severe burns</p> <p>→ Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn</p> <p>→ Quality of life of adult patients with severe burns</p> <p>→ Female patients display poorer burn-specific quality of life 12 months after a burn injury</p> <p>→ Evaluation of negative emotional care experiences in burn care</p> <p>→ Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting</p> <p>→ Health-related quality of life in family members of patients with burns</p> <p>→ Itching, pain, and anxiety levels are reduced with massage therapy in burned adolescents</p> <p>→ PTSD in persons with burns: an explorative study examining relationships with attributed responsibility, negative and positive emotional states</p>		
30.01.17	burn service AND psyc* AND nursing intervention	1	0
	<p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult</p>		
30.01.17	burn service AND psyc* AND nurse	3	2
	<p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult</p>		
	<p>→ An audit of patients' experiences and opinions concerning mirrors in a UK burns service</p> <p>→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns</p>		
30.01.17	inpatient treatment AND burn injuries AND nurse	0	0
	<p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult</p>		
30.01.17	inpatient treatment AND burn injurie	3	1
	<p>Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult</p>		
	<p>→ Treatment of patients with severe burns – costs and health-related quality of life outcome</p>		
30.01.17	inpatient treatment AND burn injury	3	1
	<p>Limits:</p>		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
	Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
30.01.17	→ Treatment of patients with severe burns – costs and health-related quality of life outcome inpatient treatment AND burn	7	1
	Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
30.01.17	→ Treatment of patients with severe burns – costs and health-related quality of life outcome stationary AND burn	1	0
	Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
30.01.17	intensive care unit AND burn	195	Suche verfeinert
	Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
30.01.17	intensive care unit AND burn injur*	60	Suche verfeinert
	Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
30.01.17	intensive care unit AND burn injur* AND nursing intervention	0	0
	Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
30.01.17	intensive care unit AND burn injur* AND nurse	2	0
	Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
30.01.17	intensive care unit AND burn injur* AND psychosocial	1	1
	Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
30.01.17	→ Health-related quality of life of hospitalized patients with burns- Comparison with general population and a 2-year follow-up intensive care unit AND burn injury AND psyc*	2	0
	Limits: Published Date: 20080101 - 20161231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
02.02.17	experience AND burn	364	Suche verfeinert
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All adult		
02.02.17	experience AND burn injury	101	Suche verfeinert
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All adult		
02.02.17	experience AND burn injury	76	Suche verfeinert
	Limits: Published Date: 20160101-20171231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
02.02.17	experience AND burn injury AND hospital	78	Suche verfeinert
	Limits: Language: English, French, German		
02.02.17	experience AND burn injury AND hospital	29	Suche verfeinert
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All adult		
02.02.17	experience AND burn injury AND hospital	25	7
	Limits: Published Date: 20060101-20151231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
	→ Incidence and treatment of burns: A twenty-year experience from a single center in Germany		
	→ Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: A 12-year experience in a burn center		
	→ A review of issues and concerns of family members of adult burn survivors		
	→ The experience of acute burns of the hand - patients perspectives		
	→ Memories of pain after burn injury---the patient's experience		
	→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
02.02.17	→ Epidemiology and outcome of burns: Early experience at the country's first national burns Centre experience AND burn injury AND rehabilitation	36	Suche verfeinert
02.02.17	Limits: Language: English, French, German experience AND burn injury AND rehabilitation	33	Suche verfeinert
02.02.17	Limits: Published Date: 20060101-20171231 Language: English, French, German experience AND burn injury AND rehabilitation	13	10
	Limits: Published Date: 20060101-20151231 Language: English, French, German Age Groups: All adult		
	→ The lived experience of relationships after major burn injury → The experience of life after burn injury: a new bodily awareness → The experience of acute burns of the hand - patients perspectives → Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns → Exercise training to improve health related quality of life in long term survivors of major burn injury: A matched controlled study → The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase → 'Put on your face to face the world': Women's narratives of burn injury → Burn-injured adults with long term functional impairments demonstrate the same response to resistance training as uninjured controls → Outcomes and Predictors in Burn Rehabilitation → Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: A 12-year experience in a burn center		
02.02.17	experience AND burn injury AND nurs*	11	4
	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All adult		
	→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns → Burn patients' experience of pain management: A qualitative study → An audit of patients' experiences and opinions concerning mirrors in a UK burns service → Understanding and managing burn pain: part 1		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
02.02.17	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>experience AND burn injury AND psychosocial</p> <p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All adult</p>	30	Suche verfeinert
02.02.17	<p>experience AND burn injury AND social</p> <p>Limits: Published Date: 20060101-20171231 Language: English, French, German Age Groups: All adult</p> <p>→ The lived experience of relationships after major burn injury → Burn patients' experience of pain management: A qualitative study → Considerations for the provision of psychosocial services for families following paediatric burn injury-A quantitative study → Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: A 12-year experience in a burn center</p>	7	4
02.02.17	<p>experience AND burn injury AND psychosocial</p> <p>Limits: Published Date: 20060101-20171231 Language: English, French, German Age Groups: All adult</p> <p>→ The lived experience of relationships after major burn injury → The experience of life after burn injury: a new bodily awareness → Memories of pain after burn injury---the patient's experience → Preserving Self-Concept in the Burn Survivors: A Qualitative Study → 'Put on your face to face the world': Women's narratives of burn injury → Exercise training to improve health related quality of life in long term survivors of major burn injury: A matched controlled study → Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns → Burn patients' experience of pain management: A qualitative study → The experience of acute burns of the hand - patients perspectives → Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: A 12-year experience in a burn center → An audit of patients' experiences and opinions concerning mirrors in a UK burns service → The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase</p>	24	12

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
02.02.17	<p>→ relevante Treffer (Titel) experience AND burn AND social</p> <p>Limits: Language: English, French, German</p>	77	Suche verfeinert
02.02.17	<p>experience AND burn AND social</p> <p>Limits: Language: English, French, German</p>	32	Suche verfeinert
02.02.17	<p>Age Groups: All adult experience AND burn AND social</p> <p>Limits: Published Date: 20060101-20171231 Language: English, French, German Age Groups: All adult</p> <p>→ The lived experience of relationships after major burn injury → Adult survivors' lived experience of burns and post-burn health: A qualitative analysis → Recovery of lost face of burn patients, perceived changes, and coping strategies in the rehabilitation stage → Burn patients' experience of pain management: A qualitative study → Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: A 12-year experience in a burn center → The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation → Post-traumatic growth in adults following a burn → Long term health-related quality of life after burns is strongly dependent on pre-existing disease and psychosocial issues and less due to the burn itself → The risk factors of psychosocial problems for burn patients → Emotional associations with skin: Differences between burned and non-burned individuals</p>	23	10
02.02.17	<p>experience AND burn AND inpatient treatment</p> <p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All adult</p>	3	0
02.02.17	<p>burn injury AND observation AND psych*</p> <p>No Limits</p> <p>→ Impact of personality disorders on health-related quality of life one year after burn injury.</p>	3	1
02.02.17	<p>burn injury AND observation AND social</p> <p>No Limits</p>	2	0
02.02.17	<p>burn injury AND observe AND psych*</p>	0	0

Datum	Suchstrategie → relevante Treffer (Titel)	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
02.02.17	No Limits burn injury AND observe AND social	0	0
02.02.17	No Limits burn injury AND witness AND psych*	1	0
02.02.17	No Limits burn injury AND witness AND social	0	0
02.02.17	No Limits burn injury AND monitor AND psych*	1	0
02.02.17	No Limits burn injury AND monitor AND social	0	0
02.02.17	No Limits burn AND notice AND psych*	0	0
02.02.17	No Limits burn AND notice AND social	0	0
02.02.17	No Limits burn AND inpatient treatment	8	0
02.02.17	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All adult burn unit AND experience	73	Suche verfeinert
02.02.17	Limits: Language: English, French, German Age Groups: All adult burn unit AND experience	54	Suche verfeinert
02.02.17	Limits: Published Date: 20060101-20171231 Language: English, French, German Age Groups: All adult burn unit AND experience AND social	5	3
02.02.17	Limits: Published Date: 20060101-20171231 Language: English, French, German Age Groups: All adult → Recovery of lost face of burn patients, perceived changes, and coping strategies in the rehabilitation stage → The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation → Post-traumatic growth in adults following a burn burn injury AND social AND hospital	10	5

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All adult</p> <p>→ A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury → Psychological distress after major burn injury → Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: A 12-year experience in a burn center → Degree of burn, location of burn, and length of hospital stay as predictors of psychosocial status and physical functioning → Burn Specific Health up to 24 Months After the Burn-A Prospective Validation of the Simplified Model of the Burn Specific Health Scale-Brief burn injury AND social AND rehabilitation</p>	10	6
	<p>Limits: Language: English, French, German Age Groups: All adult</p> <p>→ Burn Injuries Lead to Behavioral Changes that Impact Engagement in Sexual and Social Activities in Females → The lived experience of relationships after major burn injury. → Considerations for psychosocial support following burn injury -- a family perspective → Coping strategies of eight patients with significant burn injury → Burn Specific Health up to 24 Months After the Burn-A Prospective Validation of the Simplified Model of the Burn Specific Health Scale-Brief → Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: A 12-year experience in a burn center</p>		

Anhang A2: Datenbank Cochrane Library

Tabelle 2

Suchverlauf Cochrane Library (Steiger & Zeller, 2017)

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
11.12.16	Burn victim AND psychosocial AND nurs*	0	0
11.12.16	Keine Limits, search all text Burn victim AND psych* AND nurs*	14	2
	Keine Limits		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel) Search all text		
11.12.16	→ Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) → Psychosocial interventions for the prevention of disability following traumatic physical injury Burn injury AND psychosocial AND nurs*	1	1
	Keine Limits Search in Title, Abstract, Keywords		
11.12.16	→ Psychosocial rehabilitation after disfiguring injury or disease: investigating the training needs of specialist nurses Burn victim AND hospital AND psych*	4	2
	Keine Limits Search in Title, Abstract, Keywords		
11.12.16	→ Psychiatric assessment of disfigured burn patients following cognitive behavioral therapy program. → Stress disorder and PTSD after burn injuries: A prospective study of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Iran. Burn service AND psych*	1	0
	Keine Limits Search all text		
11.12.16	Burn injury AND psychosocial AND nurse	1	1
	Keine Limits Search all text		
11.12.16	→ Psychosocial rehabilitation after disfiguring injury or disease: investigating the training needs of specialist nurses Burn injury AND psychosocial impact AND nurse	1	1
	Keine Limits Search all text		
11.12.16	→ Psychosocial rehabilitation after disfiguring injury or disease: investigating the training needs of specialist nurses Burn unit AND mental	0	0
	Keine Limits Search all text		
11.12.16	Burn unit AND intervention AND psych*	3	1
	Keine Limits Search all text		
11.12.16	→ Psychiatric assessment of disfigured burn patients following cognitive behavioral therapy program. Burn unit AND psych* AND nurs*	3	0

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
11.12.16	Keine Limits Search all text Psychosocial AND burn victim	0	0
11.12.16	Keine Limits Search all text Burn victim AND mental impact	0	0
11.12.16	Keine Limits Search all text Burn AND psychosocial AND nurs*	1	1
11.12.16	Keine Limits Search all text → Psychosocial rehabilitation after disfiguring injury or disease: investigating the training needs of specialist nurses Burn patient AND mental AND nurs*	1	0
11.12.16	Keine Limits Search all text Burn survivor AND psychosocial AND rehabilitation	0	0
11.12.16	Keine Limits Search all text Burn victim OP burn survivor AND nurs*	26	3
11.12.16	Keine Limits Search all text →Stress disorder and PTSD after burn injuries: A prospective study of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Iran. → Psychiatric assessment of disfigured burn patients following cognitive behavioral therapy program. →Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. Burn injury AND rehabilitation AND psych*	1	0
30.1.17	Keine Limits Search all text burn injury AND psyc* AND nurs*	7	0
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 burn injury AND psyc* AND burn unit	11	0
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 nurs* AND severe burns AND psychosocial	10	0
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 major burns AND psychosocial AND psyc*	2	0

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 severe burns AND psychosocial AND nurs*	2	0
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 burn service AND psyc* AND nurse	1	0
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 inpatient treatment AND burn injuries AND nurse	6	0
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 stationary AND burn	0	0
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 intensive care unit AND burn	49	Suche verfeinert
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 intensive care unit AND burn injury	37	Suche verfeinert
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 intensive care unit AND burn injury AND nurse	27	Suche verfeinert
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 intensive care unit AND burn injury AND nursing intervention	27	Suche verfeinert
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 intensive care unit AND burn injury AND nursing intervention AND psyc*	9	1
30.1.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 → Exercise rehabilitation following intensive care unit discharge for recovery from critical illness intensive care unit AND burn injury AND psyc*	11	1
02.02.17	Limits: Publication Year from 2006 to 2017 → Exercise rehabilitation following intensive care unit discharge for recovery from critical illness experience AND burn	171	Suche verfeinert
02.02.17	Limits: keine Limits experience AND burn	171	Suche verfeinert
	Limits:		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
02.02.17	Publication Year from 2006 to 2017 experience AND burn injury	79	Suche verfeinert
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	experience AND burn injury AND hospital	73	Suche verfeinert
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	experience AND burn injury AND hospital AND social	37	Suche verfeinert
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	experience AND burn injury AND hospital AND psychosocial	17	0
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	experience AND burn injury AND rehabilitation	28	0
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	burn AND inpatient treatment	222	Suche verfeinert
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	experience AND burn AND inpatient treatment	43	Suche verfeinert
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	experience AND burn injury AND inpatient treatment	23	0
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	experience AND burn injury AND nurs*	48	Suche verfeinert
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	experience AND burn injury AND nurs* AND psychosocial	14	0
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	experience AND burn injury AND social	158	Suche verfeinert
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	experience AND burn injury AND psychosocial	18	0
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	burn injury AND social AND hospital	9	0
02.02.17	burn AND social AND hospital	8	0
	Limits: Publication Year from 2006 to 2017		
02.02.17	burn injury AND social AND rehabilitation	2	0
	Limits:		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel) Publication Year from 2006 to 2017		

Anhang A3: Datenbank PILOTS

Tabelle 3

Suchverlauf PILOTS (Steiger & Zeller, 2017)

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
11.12.16	burn injury AND psychosocial Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch	33	Suche verfeinert
11.12.16	burn injury AND psychosocial impact Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch → Posttraumatic stress disorder and pain impact functioning and disability after major burn injury → Posttraumatic stress symptomatology and appearance distress following burn injury: an interpretative phenomenological analysis → Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors	9	3
11.12.16	burn injury AND psychosocial impact AND nurse Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch	0	0
11.12.16	burn injury AND psychosocial AND nurs* Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch → Psychological adjustments made by post-burn injury patients: an integrative literature review	2	1
11.12.16	burn injury AND psychosocial AND nurse Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch	1	0
11.12.16	burn victim AND psychosocial AND nurs* Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch	0	0
11.12.16	burn victim AND psych* AND nurs* Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch	0	0
11.12.16	burn victim Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch	0	0

Datum	Suchstrategie → relevante Treffer (Titel)	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
11.12.16	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch psychosocial AND burn victim	0	0
11.12.16	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch burn victim AND mental impact	6	2
11.12.16	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch → Coping, personality and cognitive processes in burn injured patients → The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims burn injury AND psychosocial AND nurs*	2	1
11.12.16	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch → Psychological adjustments made by post-burn injury patients: an integrative literature review burn victim AND hospital AND psych*	6	4
11.12.16	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch → Coping, personality and cognitive processes in burn injured patients → Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma → The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims → Psychotraumatologie in der Unfallmedizin – zum Stand der psychischen Versorgung von Unfallopfern in Deutschland burn unit AND psych* AND nurs*	2	0
11.12.16	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch burn unit AND nurs*	7	1
11.12.16	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch → Prediction of patient satisfaction with care one year after burn burn unit AND care	24	2
	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch → Post-traumatic stress disorder		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
11.12.16	→ Psychologische Betreuung und Nachsorge Schwerbrandverletzter burn unit AND mental	4	2
	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch		
11.12.16	→ Burns and mental disorder → Occurrence and development of psychopathologic phenomena in burned persons and their relation to severity of burns, age and premorbid personality burn unit AND intervention AND psych*	6	4
	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch		
11.12.16	→ The role of the clinical psychologist on a burn unit in a general teaching hospital → Peritraumatic heart rate and posttraumatic stress disorder in patients with severe burns → Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns, traumatic injuries, and ICU stays for other critical illnesses: a review of the literature → Psychologische Betreuung und Nachsorge Schwerbrandverletzter burn service AND psych*	14	2
	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch		
11.12.16	→ Depression in burn reconstruction patients: symptom prevalence and association with body image dissatisfaction and physical function → The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims burn AND psychosocial AND nurs*	7	2
	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch		
11.12.16	→ Psychological and emotional support services available to burn survivors, their families and medical and professional staff at major burn centers in the United States and Canada → Psychological adjustments made by post-burn injury patients: an integrative literature review burn patient AND mental AND nurs*	6	2
	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
11.12.16	<p>→ Depression and burn wounds</p> <p>→ Reintegrating the healed burned adult into society: psychological problems and solutions burn victim OR burn survivor AND psychosocial AND nurs*</p> <p>Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch</p>	6	3
11.12.16	<p>→ Psychological and emotional support services available to burn survivors, their families and medical and professional staff at major burn centers in the United States and Canada</p> <p>→ Research priorities for burn nursing: report of the psychosocial issues group</p> <p>→ Psychological adjustments made by post-burn injury patients: an integrative literature review</p> <p>burn survivor AND psychosocial AND rehabilitation</p> <p>Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch</p>	14	7
11.12.16	<p>→ Psychometric assessment of psychologic factors influencing adult burn rehabilitation</p> <p>→ The role of the clinical psychologist on a burn unit in a general teaching hospital</p> <p>→ Research priorities for burn nursing: report of the psychosocial issues group</p> <p>→ Psychological adjustments made by post-burn injury patients: an integrative literature review</p> <p>→ Hope for healing hidden wounds</p> <p>→ Injury-related fear-avoidance, neuroticism and burn-specific health</p> <p>→ Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries</p> <p>burn survivor</p> <p>Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch</p>	379	Suche verfeinert
11.12.16	<p>burn survivor AND psychosocial</p> <p>Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch</p>	46	Suche verfeinert
11.12.16	<p>burn survivor AND psychosocial AND care</p> <p>Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch</p> <p>→ Psychological and emotional support services available to burn survivors, their families and medical and professional staff at major burn centers in the United States and Canada</p>	17	7

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
11.12.16	→ Research priorities for burn nursing: report of the psychosocial issues group → Hope for healing hidden wounds → Psychometric assessment of psychologic factors influencing adult burn rehabilitation → Injury-related fear-avoidance, neuroticism and burn-specific health → Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries → The role of hospitals in delivering early intervention services following traumatic events burn survivor AND psychosocial AND nurs*	6	3
	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch		
11.12.16	→ Psychological and emotional support services available to burn survivors, their families and medical and professional staff at major burn centers in the United States and Canada → Research priorities for burn nursing: report of the psychosocial issues group → Psychological adjustments made by post-burn injury patients: an integrative literature review burn injury AND rehabilitation AND psych*	12	4
	Limits: Sprache: Deutsch, Englisch, Französisch		
30.1.17	→ The role of the clinical psychologist on a burn unit in a general teaching hospital → Pain, depression, and physical functioning following burn injury → The Posttraumatic Stress Disorder Checklist as a screening measure for posttraumatic stress disorder in rehabilitation after burn injuries → Psychologische Betreuung und Nachsorge Schwerbrandverletzter burn injury AND psyc* AND nurs*	0	0
	Limits: Publikationsdatum: 2006 bis 2017		
30.1.17	burn injury AND psyc*	6	2
	Limits: Publikationsdatum: 2006 bis 2017		
30.1.17	→ Mental disorders among acute burn patients → Depression in survivor of burn injury: a systematic review burn injury AND psyc* AND burn unit	0	0
	Limits: Publikationsdatum: 2006 bis 2017		
30.1.17	nurs* AND severe burns AND psychosocial	1	1

Datum	Suchstrategie → relevante Treffer (Titel)	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	Limits: Publikationsdatum: 2006 bis 2017		
30.1.17	→ Early assessment and identification of post-traumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns major burns AND nurse AND psyc*	0	0
	Limits: Publikationsdatum: 2006 bis 2017		
30.1.17	severe burn AND psychosocial AND nurs*	1	1
	Limits: Publikationsdatum: 2006 bis 2017		
30.1.17	→ Early assessment and identification of post-traumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns burn service AND psyc* AND nurse	0	0
	Limits: Publikationsdatum: 2006 bis 2017		
30.1.17	→ Early assessment and identification of post-traumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns inpatient treatment AND burn	3	1
	Limits: Publikationsdatum: 2006 bis 2017		
30.1.17	→ Psychiatric aspects of burn stationary AND burn	0	0
	Limits: Publikationsdatum: 2006 bis 2017		
30.1.17	intensive care unit AND burn	10	3
	Limits: Publikationsdatum: 2006 bis 2017		
02.02.17	→ Evaluation of negative emotional care experiences in burn care → Posttraumatic stress disorder in the child of an adult burn victim: a case report and review of the literature → Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns, traumatic injuries, and ICU stays for other critical illnesses: a review of the literature experience AND burn	83	Suche verfeinert
	Limits: no limits		
02.02.17	experience AND burn injury	44	Suche verfeinert

Datum	Suchstrategie → relevante Treffer (Titel)	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
02.02.17	Limits: no limits experience AND burn injury	21	7
	Limits: Datum: von 2006 bis 2017 → Memories of pain after burn injury -- the patient's experience → Persistent pain outcomes and patient satisfaction with pain management after burn injury → Evaluation of negative emotional care experiences in burn care → Posttraumatic stress symptomatology and appearance distress following burn injury: an interpretative phenomenological analysis → Il paziente ustionato: fattori associati all'insorgenza del disturbo post-traumatico da stress e indicazioni per l'intervento = The burn patient: factors associated with post-traumatic stress disorder and directions for intervention → A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury → Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery experience AND burn injury AND hospital	8	3
	Limits: Datum: von 2006 bis 2017 → Memories of pain after burn injury -- the patient's experience → Evaluation of negative emotional care experiences in burn care → A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury	3	0
02.02.17	Limits: Datum: von 2006 bis 2017 experience AND burn injury AND nurs*	1	1
	Limits: Datum: von 2006 bis 2017 → Evaluation of negative emotional care experiences in burn care experience AND burn injury AND social	7	3
	Limits: Datum: von 2006 bis 2017 → Posttraumatic stress symptomatology and appearance distress following burn injury: an interpretative phenomenological analysis		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
02.02.17	<p>→ Il paziente ustionato: fattori associati all'insorgenza del disturbo post-traumatico da stress e indicazioni per l'intervento = The burn patient: factors associated with post-traumatic stress disorder and directions for intervention</p> <p>→ A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury experience AND burn injury AND psychosocial</p> <p>Limits: Datum: von 2006 bis 2017</p>	5	2
02.02.17	<p>→ Posttraumatic stress symptomatology and appearance distress following burn injury: an interpretative phenomenological analysis</p> <p>→ Il paziente ustionato: fattori associati all'insorgenza del disturbo post-traumatico da stress e indicazioni per l'intervento = The burn patient: factors associated with post-traumatic stress disorder and directions for intervention experience AND burn AND inpatient treatment</p> <p>Limits: Datum: von 2006 bis 2017</p>	0	0
02.02.17	<p>burn AND inpatient treatment</p> <p>Limits: Datum: von 2006 bis 2017</p>	3	1
02.02.17	<p>→ Psychiatric aspects of burn burn injury AND social AND hospital</p> <p>Limits: Datum: von 2006 bis 2017</p>	8	5
02.02.17	<p>→ Psychological distress after major burn injury</p> <p>→ Stress disorder and PTSD after burn injuries: a prospective study of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Iran</p> <p>→ Posttraumatic stress disorder and pain impact functioning and disability after major burn injury</p> <p>→ A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury</p> <p>→ Prediction of patient satisfaction with care one year after burn burn injury AND social AND rehabilitation</p> <p>Limits: Datum: von 2006 bis 2017</p>	2	0

Anhang A4: Datenbank PsychInfo

Tabelle 4
Suchverlauf *PsycINFO* (Steiger & Zeller, 2017)

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
11.12.16	burn victim AND psychosocial AND nurs* Limits: Age Groups: adulthood: age 18 yrs and older Languages: English, French, German Human	0	0
11.12.16	burn victim AND psychosocial AND nurs* Limits: Age Groups: adulthood: age 18 yrs and older Human	0	0
11.12.16	burn victim AND psychosocial AND nurs* Limits: Languages: English, French, German Human	3	1
11.12.16	→ Psychological adjustments made by post-burn injury patients: An integrative literature review. burn victim AND psych* AND nurs*	2	0
11.12.16	burn victim AND psych* AND nurs* Limits: Age Groups: adulthood: age 18 yrs and older Languages: English, French, German Human	2	0
11.12.16	burn victim AND psychosocial AND nurs* Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	95	Suche verfeinert
21.12.16	burn injury AND psychosocial AND nurs* Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	96	Suche verfeinert
21.12.16	burn injury AND psychosocial AND nurs* Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years	77	Suche verfeinert

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
21.12.16	Languages: English, French, German Human last 10 years burn injury AND psychosocial AND nursing intervention (keine Limits)	6	2
21.12.16	→ Psychology of wounds and wound care in clinical practice (organisiert Josi über die Uni, da wir auf Online-Ressourcen keinen Zugriff haben...) → The lived experience of relationships after major burn injury burn injury AND psychosocial AND nursing intervention Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 10 years	3	1
21.12.16	→ The lived experience of relationships after major burn injury burn victim AND hospital AND psych* Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	5	1
21.12.16	→ Burn victim faces impending divorces, potential job loss burn service AND psych* Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	0	0
21.12.16	burn injury AND psychosocial AND nurse Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	41	Suche verfeinert
21.12.16	burn injury AND psychosocial AND nurse Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	12	2

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
	last 10 years		
21.12.16	→ The experience of acute burns of the hand- Patients perspectives → Anxiety in recovery from severe burn injury: An experimental comparison burn injury AND psychosocial impact AND nurse (keine Limits)	7	1
21.12.16	→ Psychology of wounds and wound care in clinical practice (organisiert Josi über die Uni, da wir auf Online-Ressourcen keinen Zugriff haben...) burn injury AND psychosocial impact AND nurse	0	0
21.12.16	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human psychosocial AND burn victim	0	0
21.12.16	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human burn victim AND mental impact	0	0
21.12.16	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human burn AND psychosocial AND nurs*	521	Suche ver- feinert
21.12.16	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human burn AND psychosocial AND nurs*	407	Suche ver- feinert
21.12.16	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 10 years burn AND psychosocial AND nursing interven- tion	13	1
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel) Languages: English, French, German Human		
21.12.16	→ The lived experience of relationships after major burn injury burn patient AND mental AND nurs*	4	0
21.12.16	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human burn victim OR burn survivor AND psychosocial AND nurs*	7	3
21.12.16	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human → Trauma-With special reference to burn injury (Buch bei Google Books vorhanden) → Adult burn survivors' views of peer support: A qualitative study → From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury burn survivor AND psychosocial AND rehabilitation	16	9
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human → Validation of the Community Integration Questionnaire in the adult burn injury population → Trauma-With special reference to burn injury (Buch bei Google Books vorhanden) → Adult burn survivors' views of peer support: A qualitative study → From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury → Psychological distress after major burn injury → Frequency and Correlates of Depression Symptoms Among Long-Term Adult Burn Survivors → A test of the moderating role of importance of appearance in the relationship between perceived scar severity and body-esteem among adult burn survivors		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
	→ The Reliability and Validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) Among an Adult Burn Survivor Sample → Psychiatry of the medically ill in the burn unit		
21.12.16	burn injury AND rehabilitation AND psych* Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	195	Suche verfeinert
21.12.16	burn injury AND rehabilitation AND psychosocial Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	119	Suche verfeinert
21.12.16	burn injury AND rehabilitation AND psych* AND nursing intervention Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	2	1
21.12.16	→ The lived experience of relationships after major burn injury burn injury AND rehabilitation AND psych* AND nursing care Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	5	0
21.12.16	burn unit AND mental Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	29	Suche verfeinert
21.12.16	burn unit AND mental Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 10 years	16	2

Datum	Suchstrategie → relevante Treffer (Titel)	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
21.12.16	<p>→ Peritraumatic heart rate and posttraumatic stress disorder in patients with severe burns → Evaluation of negative emotional care experiences in burn care burn unit AND intervention AND psych*</p> <p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human</p>	17	2
21.12.16	<p>→ Peritraumatic heart rate and posttraumatic stress disorder in patients with severe burns → Psychological distress: A study of acute post-burn patients burn unit AND psych* AND nurs*</p> <p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human</p>	0	0
30.01.17	<p>burn injury AND psyc* AND nurs*</p> <p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years</p>	11	3
30.01.17	<p>→ The effectiveness of multimedia learning education programs on knowledge, anxiety and pressure garment compliance in patients undergoing burns rehabilitation in Taiwan: An experimental study → Psychological adjustments made by post-burn injury patients: An integrative literature review → Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns burn injury AND psyc* AND burn unit</p> <p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years</p>	2	0
30.01.17	<p>nurs* AND severe burns AND psychosocial</p> <p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German</p>	0	0

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
30.01.17	Human last 11 year major burns AND nurse AND psyc*	0	0
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German		
30.01.17	Human last 11 year severe burn AND psychosocial AND nurs*	0	0
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German		
30.01.17	Human last 11 year burn service AND psyc* AND nurse	0	0
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German		
30.01.17	Human last 11 year burn service AND psyc*	0	0
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German		
30.01.17	Human last 11 year inpatient treatment AND burn	1	1
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German		
30.01.17	Human last 11 year → Occupational stress management: An inpatient group therapy program stationary AND burn	1	0
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German		
30.01.17	Human last 11 year intensive care unit AND burn	23	3
	Limits: no limits		

Datum	Suchstrategie → relevante Treffer (Titel)	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
30.01.17	<p>→ Nursing Activities Score: Nursing work load in a burns Intensive Care Unit</p> <p>→ Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns, traumatic injuries, and ICU stays for other critical illnesses: A review of the literature</p> <p>→ Chapter: A Model of Crisis Intervention in Critical and Intensive Care Units of General Hospitals</p> <p>intensive care unit AND burn</p>	2	0
02.02.17	<p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 year experience AND burn injury</p>	196	Suche verfeinert
02.02.17	<p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human experience AND burn injury</p>	156	Suche verfeinert
02.02.17	<p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years experience AND burn injury AND hospital</p>	85	Suche verfeinert
02.02.17	<p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years experience AND burn injury AND hospital AND social</p>	49	Suche verfeinert
02.02.17	<p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years experience AND burn injury AND hospital AND psychosocial</p>	39	Suche verfeinert
	<p>Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German</p>		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
02.02.17	Human last 11 years experience AND burn injury AND hospital AND psychosocial	16	3
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 5 years		
	→ A randomized controlled trial of an educational programme with telephone reinforcement to improve perceived health status of Brazilian burn victims at 6-month post discharge → A common-sense model of injury perceptions → The lived experience of relationships after major burn injury		
02.02.17	experience AND burn injury AND rehabilitation	76	Suche verfeinert
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years		
02.02.17	experience AND burn injury AND rehabilitation AND psychosocial	47	Suche verfeinert
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years		
02.02.17	experience AND burn injury AND rehabilitation AND psychosocial	23	4
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 5 years		
	→ Posttraumatic Stress Symptomatology and Appearance Distress Following Burn Injury: An Interpretative Phenomenological Analysis → A randomized controlled trial of an educational programme with telephone reinforcement to improve perceived health status of Brazilian burn victims at 6-month post discharge		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
	→ The experience of acute burns of the hand- Patients perspectives		
02.02.17	→ After the storm: The social relations of re- turn to work following electrical injury experience AND burn injury AND nurs*	75	Suche ver- feinert
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years		
02.02.17	experience AND burn injury AND nursing inter- vention	3	2
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years		
	→ A randomized controlled trial of an educa- tional programme with telephone reinforce- ment to improve perceived health status of Brazilian burn victims at 6-month post dis- charge		
02.02.17	→ The lived experience of relationships after major burn injury experience AND burn injury AND social	103	Suche ver- feinert
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years		
02.02.17	experience AND burn injury AND psychosocial	77	Suche ver- feinert
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years		
02.02.17	experience AND burn injury AND psychosocial impact	2	1
	Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human last 11 years		
	→ Chapter: Trauma-With special reference to burn injury		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
02.02.17	burn AND inpatient treatment Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	6	0
02.02.17	burn injury AND inpatient treatment Limits: Empirical Human Populations: adulthood: 18+ years Languages: English, French, German Human	1	0

Anhang A5: Datenbank PubMed

Tabelle 5
Suchverlauf PubMed (Steiger & Zeller, 2017)

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
11.12.2016	<p>Psychosocial AND burn victim</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p> <p>→ Psychological impact of burn scars on quality of life in patients with extensive burns who received allotransplant</p>	3	1
11.12.2016	<p>Burn injury AND psychosocial impact AND nurse</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	2	0
11.12.2016	<p>Burn victim AND mental impact</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p> <p>→ Disaster and subsequent healthcare utilization: a longitudinal study among victims, their family members, and control subjects</p>	1	1
11.12.2016	<p>Burn AND psychosocial OR mental OR psych* OR social</p> <p>Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years Publication dates: 10 years</p>	258 790	Suche verfeinert
11.12.2016	<p>Burn AND psychosocial</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	129	Suche verfeinert
11.12.2016	<p>Burn AND psychosocial AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p> <p>→ The treatment of posttraumatic stress disorder and related psychosocial consequences of burn injury: a pilot study. → Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience</p>	17	7

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>→ Patient experiences living with split thickness skin grafts</p> <p>→ Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review</p> <p>→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns</p> <p>→ Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs</p> <p>→ Long-term risk factors for impaired burn-specific health and unemployment in patients with thermal injury</p>		
11.12.2016	<p>Burn AND mental AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	39	Suche verfeinert
11.12.2016	<p>Burn AND mental impact AND nurs*</p> <p>Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	5	0
11.12.2016	<p>Burn victim AND mental AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years Publication dates: 10 years</p>	0	0
11.12.2016	<p>Burn survivor AND mental AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	1	0
11.12.2016	<p>Burn patient AND mental AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	27	1
11.12.2016	<p>→ Validation of the Persian version of the Burn Specific Health Scale-Brief</p> <p>Burn injury AND mental AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	36	Suche verfeinert
11.12.2016	<p>Burn injury AND mental impact AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	4	0
11.12.2016	<p>Burn mark AND mental AND nurs*</p> <p>Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	0	0

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
11.12.2016	Burn AND psych* Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years	590	Suche verfeinert
11.12.2016	Burn AND psych* AND nurs* Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years	50	Suche verfeinert
11.12.2016	Burn AND psychic AND nurs* Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years	0	0
11.12.2016	Burn AND psych* AND nursing intervention Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years	9	0
11.12.2016	Burn AND psych* AND intervention Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years	47	Suche verfeinert
11.12.2016	Burn AND psychosocial AND intervention Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years → Burn survivors' perceptions of rehabilitation → What's in a story? A text analysis of burn survivors' web-posted narratives → Psychosocial outcomes of telephone-based counseling for adults with an acquired physical disability: A meta-analysis → Helping others heal: burn survivors and peer support → Long-term sequelae of low-voltage electrical injury → Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients	24	6
11.12.2016	Burn AND social Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years	553	Suche verfeinert
11.12.2016	Burn AND social AND nurs* Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years	76	Suche verfeinert
11.12.2016	Burn AND social AND intervention Limits: Language: English, French, German	73	Suche verfeinert

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
11.12.2016	Ages: Adult: 19+ years Burn AND social impact	156	Suche verfeinert
11.12.2016	Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years Burn AND social impact AND nurs*	18	2
	Limits: Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years		
	→ Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience		
	→ The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase		
11.12.2016	Burn victim AND psychosocial AND nurs*	0	0
	Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years		
11.12.2016	Burn victim AND psych* AND nurs*	0	0
	Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years		
11.12.2016	Burn injury AND psychosocial AND nurs*	16	7
	Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years Publication dates: 10 years		
	→ The treatment of posttraumatic stress disorder and related psychosocial consequences of burn injury: a pilot study		
	→ Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience		
	→ Patient experiences living with split thickness skin grafts		
	→ Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review		
	→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns		
	→ Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs		
	→ Long-term risk factors for impaired burn-specific health and unemployment in patients with thermal injury		
11.12.2016	Burn victim AND hospital AND psych*	1	0

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
11.12.2016	Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years Burn unit AND psych* AND nurs*	6	3
11.12.2016	Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years → Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience → Coming to terms with it all: adult burn survivors' 'lived experience' of acknowledgement and acceptance during rehabilitation → Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review Burn unit AND mental	35	Suche verfeinert
11.12.2016	Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years Burn unit AND mental impact	6	2
11.12.2016	Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years → Health related quality of life after burns: are we really treating burns? → Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients Burn unit AND intervention AND psych*	4	2
11.12.2016	Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years → Peritraumatic heart rate and posttraumatic stress disorder in patients with severe burns → Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients Burn service AND psych*	58	Suche verfeinert
11.12.2016	Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years Burn service AND psychosocial	11	6

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p> <p>→ Patterns of recovery over 12 months following a burn injury in Australia → Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn → Sexuality, body image and relationships following burns: analysis of BSHS-B outcome measures → 12-month generic health status and psychological distress outcomes following an Australian natural disaster experience: 2009 Black Saturday Wildfires → Psychosocial outcomes of telephone-based counseling for adults with an acquired physical disability: A meta-analysis → Pre-existing psychiatric disorders, psychological reactions to stress and the recovery of burn survivors</p>		
11.12.2016	<p>Burn injury AND psychosocial AND nurse</p> <p>Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	2	1
11.12.2016	<p>→ Patient experiences living with split thickness skin grafts</p> <p>Burn injury AND psychosocial impact AND nurse</p> <p>Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	1	0
11.12.2016	<p>Burn survivor AND psychosocial AND rehabilitation</p> <p>Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p> <p>→ Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience → Patterns of recovery over 12 months following a burn injury in Australia → Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn</p>	16	13

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>→ Sexuality, body image and relationships following burns: analysis of BSHS-B outcome measures</p> <p>→ Making meaning in a burn peer support group: qualitative analysis of attendee interviews</p> <p>→ Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review</p> <p>→ 12-month generic health status and psychological distress outcomes following an Australian natural disaster experience: 2009 Black Saturday Wildfires</p> <p>→ Burn survivors' perceptions of rehabilitation</p> <p>→ Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: a 12-year experience in a burn center</p> <p>→ Adult burn survivors' views of peer support: a qualitative study</p> <p>→ Helping others heal: burn survivors and peer support</p> <p>→ From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury</p> <p>→ Psychosocial care of persons with severe burns</p>		
11.12.2016	<p>Burn victim OR burn survivor AND psychosocial AND nurs*</p> <p>Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	3	3
11.12.2016	<p>→ The treatment of posttraumatic stress disorder and related psychosocial consequences of burn injury: a pilot study</p> <p>→ Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience</p> <p>→ Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review</p> <p>Burn injury AND rehabilitation AND psych*</p> <p>Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	81	Suche verfeinert
11.12.2016	<p>Burn injury AND rehabilitation AND psych* AND nurs*</p> <p>Limits: Species: Humans Language: English, French, German Ages: Adult: 19+ years</p>	15	3

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>→ Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience</p> <p>→ Coming to terms with it all: adult burn survivors' 'lived experience' of acknowledgement and acceptance during rehabilitation</p> <p>→ Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review</p>		
30.1.17	burn injury AND psyc* AND nurs*	95	Suche verfeinert
	<p>Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German</p>		
30.1.17	burn injury AND psyc* AND nursing intervention	16	1
	<p>Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German</p>		
	<p>→ Psychological adjustments made by post-burn injury patients: an integrative literature review</p> <p>→ The psychiatric nurse in the burn unit</p>		
30.1.17	burn injury AND psyc* AND burn unit	83	Suche verfeinert
	<p>Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German</p>		
30.1.17	burn injury AND psyc* AND burn unit AND nurs*	11	5
	<p>Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German</p>		
	<p>→ The patient-body relationship and the "lived experience" of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment</p> <p>→ Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience</p> <p>→ Coming to terms with it all: adult burn survivors' 'lived experience' of acknowledgement and acceptance during rehabilitation</p> <p>→ Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review</p> <p>→ The psychiatric nurse in the burn unit</p>		
30.1.17	nurs* AND severe burn AND psychosocial	11	5

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German</p> <p>→ The patient-body relationship and the "lived experience" of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment → Rigorous, robust and systematic: Qualitative research and its contribution to burn care. An integrative review → The treatment of posttraumatic stress disorder and related psychosocial consequences of burn injury: a pilot study → Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience → Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review</p>		
30.1.17	major burns AND nurse AND psyc*	2	0
	<p>Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German</p>		
30.1.17	severe burn AND psychosocial AND nurs*	11	5
	<p>Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German</p> <p>→ The patient-body relationship and the "lived experience" of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment → Rigorous, robust and systematic: Qualitative research and its contribution to burn care. An integrative review → The treatment of posttraumatic stress disorder and related psychosocial consequences of burn injury: a pilot study → Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience → Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review</p>		
30.1.17	burn service AND psyc* AND nurse	11	0
	<p>Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German</p>		
30.1.17	inpatient treatment AND burn injury AND nurse	33	Suche verfeinert

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
30.1.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German inpatient treatment AND burn injury AND nursing intervention	6	1
30.1.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German → Psychological adjustments made by post-burn injury patients: an integrative literature review stationary AND burn	26	Suche verfeinert
30.1.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German stationary AND burn injury	22	0
30.1.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German intensive care unit AND burn	2305	Suche verfeinert
30.1.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German intensive care unit AND burn injury	1975	Suche verfeinert
30.1.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German intensive care unit AND burn injury AND psyc*	49	Suche verfeinert
30.1.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German intensive care unit AND burn injury AND psyc* AND nurs*	7	1
02.02.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Languages: English, French, German → The psychiatric nurse in the burn unit experience AND burn	3608	Suche verfeinert

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
02.02.17	Limits: no limits experience AND burn injury	3209	Suche verfeinert
02.02.17	Limits: no limits experience AND burn injury	1514	Suche verfeinert
02.02.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 experience AND burn injury	1161	Suche verfeinert
02.02.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans experience AND burn injury	700	Suche verfeinert
02.02.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years experience AND burn injury AND hospital	374	Suche verfeinert
02.02.17	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years experience AND burn injury AND hospital AND psychosocial	16	10
	Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years → The experience of acute burns of the hand - patients perspectives → Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience → Patient experiences living with split thickness skin grafts → Sexuality, body image and relationships following burns: analysis of BSHS-B outcome measures → Long term health-related quality of life after burns is strongly dependent on pre-existing disease and psychosocial issues and less due to the burn itself → 12-month generic health status and psychological distress outcomes following an		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
02.02.17	<p>Australian natural disaster experience: 2009 Black Saturday Wildfires</p> <p>→ Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: a 12-year experience in a burn center</p> <p>→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns</p> <p>→ Psychosocial care of persons with severe burns</p> <p>→ The risk factors of psychosocial problems for burn patients</p> <p>experience AND burn injury AND rehabilitation</p>	86	Suche verfeinert
02.02.17	<p>Limits:</p> <p>Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31</p> <p>Humans</p> <p>Adult: 19+ years</p> <p>experience AND burn injury AND rehabilitation AND psychosocial</p>	12	9
	<p>Limits:</p> <p>Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31</p> <p>Humans</p> <p>Adult: 19+ years</p> <p>→ The experience of acute burns of the hand - patients perspectives</p> <p>→ Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience</p> <p>→ Patient experiences living with split thickness skin grafts</p> <p>→ Sexuality, body image and relationships following burns: analysis of BSHS-B outcome measures</p> <p>→ 12-month generic health status and psychological distress outcomes following an Australian natural disaster experience: 2009 Black Saturday Wildfires</p> <p>→ Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: a 12-year experience in a burn center</p> <p>→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns</p> <p>→ Psychosocial care of persons with severe burns</p> <p>→ The risk factors of psychosocial problems for burn patients</p> <p>experience AND burn injury AND nurs*</p>	80	Suche verfeinert
02.02.17	<p>Limits:</p> <p>Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31</p> <p>Humans</p>		

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	→ relevante Treffer (Titel)		
02.02.17	Adult: 19+ years experience AND burn injury AND nursing intervention Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years	15	2
02.02.17	→ Nursing care on post-traumatic responses of a fire survivor → Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: a systematic literature review experience AND burn injury AND social Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years	55	Suche verfeinert
02.02.17	experience AND burn injury AND psychosocial Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years → The experience of acute burns of the hand - patients perspectives → Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience → Patient experiences living with split thickness skin grafts → Long term health-related quality of life after burns is strongly dependent on pre-existing disease and psychosocial issues and less due to the burn itself → 12-month generic health status and psychological distress outcomes following an Australian natural disaster experience: 2009 Black Saturday Wildfires → Posttraumatic stress symptoms after exposure to two fire disasters: comparative study. → Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: a 12-year experience in a burn center → Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns → Long-term sequelae of low-voltage electrical injury	23	9

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
02.02.17	burn injury AND inpatient treatment Limits: Humans Adult: 19+ years	1904	Suche verfeinert
02.02.17	burn injury AND inpatient treatment Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years	1904	Suche verfeinert
02.02.17	experience AND burn injury AND inpatient treatment Limits: Humans Adult: 19+ years	164	Suche verfeinert
02.02.17	experience AND burn injury AND inpatient treatment AND psychosocial Limits: Humans Adult: 19+ years	214	1
02.02.17	→ Psychosocial care pf persons with severe burns experience AND burn injury AND inpatient treatment AND psyc*	14	0
02.02.17	burn injury AND social AND hospital Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years	400	Suche verfeinert
02.02.17	burn injury AND social AND hospital and experience Limits: Humans Adult: 19+ years	48	Suche verfeinert
02.02.17	burn injury AND social AND hospital and experience Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years	28	8

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <p>→ Recovery of lost face of burn patients, perceived changes, and coping strategies in the rehabilitation stage</p> <p>→ The experience of acute burns of the hand - patients perspectives</p> <p>→ Post-traumatic growth in adults following a burn.</p> <p>→ Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience</p> <p>→ Assessment of health status of adolescent burn victims undergoing rehabilitation: a cross-sectional field study</p> <p>→ Long term health-related quality of life after burns is strongly dependent on pre-existing disease and psychosocial issues and less due to the burn itself</p> <p>→ Burn patients' experience of pain management: a qualitative study</p> <p>→ Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: a 12-year experience in a burn center</p>		
02.02.17	<p>burn injury AND social AND hospital and experience AND effect</p> <p>Limits: Humans Adult: 19+ years</p>	3	2
02.02.17	<p>→ Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns</p> <p>→ Outcome for burn patients in Hong Kong: patients' satisfaction</p> <p>burn injury AND social AND rehabilitation</p> <p>Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years</p>	116	Suche verfeinert
02.02.17	<p>burn injury AND social AND rehabilitation AND experience</p> <p>Limits: Publication dates: From 2006/01/01 to 2017/12/31 Humans Adult: 19+ years</p> <p>→ Recovery of lost face of burn patients, perceived changes, and coping strategies in the rehabilitation stage</p> <p>→ Men, fire, and burns: Stories of fighting, healing, and emotions</p> <p>→ The experience of acute burns of the hand - patients perspectives</p>	19	9

Datum	Suchstrategie	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer
	<p>→ relevante Treffer (Titel)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Inpatient peer support for adult burn survivors-a valuable resource: a phenomenological analysis of the Australian experience → The lived experience of relationships after major burn injury → Assessment of health status of adolescent burn victims undergoing rehabilitation: a cross-sectional field study → Health related quality of life after burns: are we really treating burns? → Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns → The risk factors of psychosocial problems for burn patients 		

Anhang B: Studienanalyse

Anhang B1a: AICA Blakeney et al. (2008)

Zusammenfassung des Reviews:

Psychosocial care of persons with severe burns

Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenberg, M. und Faber, A. W. (2008)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problem Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Brandverletzung beinhaltet viele Bereiche, damit die Brandverletzten zurück in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren können. Aufgrund von vielen klinischen Jahren Erfahrung und basierend auf bestehender Forschung zeigen die Autorinnen und der Autor ihre Sichtweise der psychosozialen Betreuung von Brandverletzten Erwachsenen und Kindern auf.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen Da sich in den letzten Jahren die chirurgischen und medizinischen Möglichkeiten stark verbesserten, ist die Überlebenschance auch von schwerstverbrannten Patientinnen und Patienten gestiegen. Somit sind viel mehr Patientinnen und</p>	<p>Ansatz/ Design Es handelt sich um ein integratives Review, diese Wahl wird nicht begründet.</p> <p>Stichprobe Es wurden folgende neun Studien eingeschlossen: 1. Faber A. et al., (1987) Psychological and social problems in burn patients after discharge: a follow-up study. 2. Patterson C. et al., (1993) Psychological effects of severe burn injuries. 3. Blakeney P. et al., (1988) Long-term psychological adjustment following burn injury 4. Blakeney P. et al., (1998) Long-term psychosocial adaptation of children who survive burns involving 80% or greater total body surface area. 5. Sheridan R.L. et al., (2000) Long-term outcome of children surviving massive burns 6. Morris J. et al., (1978) Mental-health team on a burn unit— multidisciplinary approach</p>	<p>Es werden keine Ergebnisse in Studien oder thematisch aufgeteilt ohne, dass eine Diskussion stattfindet. Deshalb ist der gesamte Inhalt im Diskussionsenteil zu finden.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Dieses vorliegende Review entspricht nicht dem EMED-Format, weshalb keine Aufteilung zwischen Ergebnissen und Diskussion gemacht wurde.</p> <p>Warum ist psychosoziale Betreuung bei Brandverletzten wichtig? Brandverletzte sind mit multiplen traumatischen Ereignissen konfrontiert, was eine grosse Herausforderung für die Resilienz darstellt. Gegensätzlich zur Erwartung sind jedoch bei Langzeitstudien herausgekommen, dass viele Brandverletzte eine gute Lebensqualität haben und sich mit ihrem Leben arrangiert hatten. Dennoch zeigen 30% der erwachsenen Brandverletzten mittlere bis schwere psychische und/oder soziale Schwierigkeiten auf (Faber et al., 1987 und Patterson et al., 1993). Diese Resultate decken sich mit den Ergebnissen bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten (Blakeney et al., 1988, Blakeney et al., 1998 und Sheridan et al., 2000). Studienergebnisse, aber auch klinische Beobachtungen zeigen, dass bei der Betreuung von Brandverletzten der gesamte Mensch mit psychosozialen Aspekten betreut werden sollte.</p> <p>Wer ist zuständig für die psychosoziale Betreuung? Optimal werden Fachpersonen im Umgang mit Brandverletzten eingesetzt, welche eine Fort- oder Weiterbildung im Bereich des menschlichen Verhaltens haben (Morris et al., 1978). Dennoch muss daran gedacht werden, dass alle involvierten Personen einen Einfluss auf seine psychosozialen Aspekte haben. Alle Fachpersonen und auch Familienmitglieder können einen Teil der psychotherapeutischen Intervention darstellen oder eine Aufgabe übernehmen. Wichtig ist der Austausch zwischen Psychologe/ Psychotherapeut und dem restlichen Behandlungsteam.</p> <p>Kulturelle Sensibilität Brandverletzte haben unterschiedliche kulturelle Hintergründe. Dass dieses Thema einen Einfluss auf die Betroffenen und deren Familie hat, muss den involvierten Fachpersonen bewusst sein. Die Kultur hat einen Einfluss auf die sozialen Erwartungen, den Glauben, Traditionen und gewisse Verhaltensmuster. Wichtig ist auch,</p>

<p>Patienten mit schwerwiegenden Entstellungen und daraus resultierenden psychischen und psychosozialen Auswirkungen konfrontiert.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Es wird eine Philosophie, wie mit Brandverletzten direkt nach der Verbrennung bis viele Jahre nach Entlassung umgegangen werden soll, wird anhand sieben Guidelines dargestellt.</p>	<p>7. Watkins P. N. et al., (1988) Psychological stages in adaptation following burn injury: a method for facilitating psychological recovery of burn victims</p> <p>8. Haynes Jr, B. W. et al. (1967) Burn coma: a syndrome associated with severe burn wound infection</p> <p>9. Rivlin E. et al., (1986) A multidisciplinary group-approach to counseling the parents of burned children.</p> <p>Es wird nicht benannt, wie diese Literatur gesucht und ausgewählt wurde. Es werden keine Aussagen über die Eigenschaften oder Vergleichbarkeit der Studien gemacht.</p> <p>Methodologische Reflexion Der gewählte Ansatz eines integrativen Reviews wird nicht diskutiert, macht jedoch aufgrund der schlechten Forschungslage Sinn.</p> <p>Datenanalyse Es ist unklar, wie mit der ausgewählten Literatur umgegangen wird. Die Forschenden nehmen keine Stellung dazu.</p>		<p>dass den Fachpersonen die eigene Kultur und die eigenen Wertvorstellungen bewusst sind. Brandverletzte und deren Familien müssen im Spital eine kulturelle Anpassung vornehmen, da sie sich den Vorschriften und dem Tagesablauf dort anpassen müssen. Diese Anpassung ist erschwert, wenn die Behandlung weit entfernt und in einem anderen kulturellen Kontext ist, als ihr zu Hause.</p> <p>Das Coping mit unterschiedlichen ungewohnten Ereignissen ist im Kontext einer Brandverletzung noch erschwerter.</p> <p>Kulturelle Traditionen können in den Behandlungsplan involviert werden, um so die Partizipation des Patienten oder der Patientin zu fördern. Es ist nicht notwendig alle Glaubensrichtungen und Überzeugungen zu kennen, wichtig ist jedoch die Sensibilität, dass diese einen Einfluss auf die Brandverletzten, die Familien und die Behandlung haben. Fragen über kulturelle Gewohnheiten zu stellen, zeigt den Respekt und kann unterstützend für den Anpassungs- und Genesungsprozess wirken.</p> <p>Umgang mit dem Tod Bei Schwerverletzten muss die Familie ehrlich über den Zustand und den möglichen Tod informiert werden und auch während der Trauerphase unterstützt werden. Viele Familien leugnen zuerst die Möglichkeit des Todes, als würden sie keine schlechten Prognosen hören wollen. Natürlich ist Hoffnung wichtig und sollte auch zugelassen werden, aber ehrliche Aussagen sind essentiell. Die Familienmitglieder sollten über Veränderungen des Zustandes informiert werden. Auch aktive Unterstützung am Patientenbett, wie z.B. Interaktionen mit dem sterbenden Brandverletzten sollten ermöglicht werden.</p> <p>Psychologische Unterstützung für die Familienmitglieder nach dem Todesfall kann die Unterstützung bei administrativen Tätigkeiten oder das ruhige Abschiednehmen beinhalten.</p> <p>Das Versterben eines Patienten oder einer Patientin, vor allem bei jungen Kindern, beschäftigt auch die involvierten Fachpersonen. Ein De-Briefing und das Besprechen von Gefühlen und Emotionen des Personals, kann hilfreich für das gesamte Team und die Aufrechterhaltung der Moral sein.</p> <p>Assessment und Interventionen Grundsätzlich orientieren sich die Assessments und Interventionen an Verhaltenstheoretischen Prinzipien (z.B. Konditionierung), bei denen fehlangepasstes Verhalten der Grund der Intervention ist. Assessment und Interventionen finden während des gesamten Genesungs- und Rehabilitationsprozesses immer wieder statt.</p> <p>Phasen der Genesung</p>
--	---	--	---

		<p>Psychische Genesung erfolgt in einem Schema und ist relativ vorhersagbar und konsistent (Watkins et al., 1988). Das Muster zu kennen ist für Fachpersonen ist essentiell, so können diese Betroffene für folgende Probleme bereits vorbereiten und somit das Coping verbessern. Die Forschenden haben <u>vier unterschiedliche Phasen</u> designt (Eintrittsphase, Phase auf der Intensivstation, stationäre Erholungsphase und Reintegrationsphase).</p> <p>In der Tabelle 6 (am Ende der Zusammenfassung und der Einschätzung der Evidenz) sind typische Symptome und mögliche Interventionen dargestellt, aufgeteilt in die jeweiligen Phasen.</p> <p><u>Eintrittsphase (admission phase)</u> Bei Eintritt ins Spital liegt der Fokus beim Verringern der Angst, das Zulassen von Unterstützung und beim Assessment der psychosozialen Stärken und Schwächen der Brandverletzten. Entspannungstechniken vor allem die der Imagination können das Wohlbefinden rasch verbessern. Physische und psychische Gesundheit, Coping-Strategien und familiärer und sozialer Support vor dem Unfall haben einen Einfluss auf das posttraumatische Verhalten und die Genesung der betroffenen Person. Auch Substanzenmissbrauch, psychiatrische Erkrankungen, Armut, fehlende soziale Unterstützung und zerrüttete Familienverhältnisse vor der Brandverletzung haben einen erschwerenden Einfluss auf den Rehabilitationsprozess. Psychotherapeutische Gespräche/ Interventionen sollten auch mit der Familie stattfinden. Das direkte Ansprechen auf mögliche Probleme von Brandverletzten (z.B. schlechte Nächte, Schwierigkeiten beim Essen, etc.) validiert ihre Erfahrungen und zeigt gleichzeitig auf, dass diese Erfahrungen meistens zu einem gewissen Zeitpunkt aufhören.</p> <p><u>Phase auf der Intensivstation (critical care phase)</u> Vom Eintritt ins Spital bis die meisten Wunden geschlossen sind, müssen die Patienten mehrere chirurgische Interventionen und intensivmedizinische Massnahmen über sich ergehen lassen. Diese Phase ist psychisch kritisch, denn Brandverletzte erleben in dieser Zeit oft grosse Angst (Todesangst, Angst vor Schmerzen und Angst vor Behandlungsschritten). Verwirrtheit, Desorientierung, Schlafstörungen, Psychosen und Delirium können in dieser Phase aufgrund organischer Ursachen auftreten (Haynes et al., 1967 und Rivlin et al., 1986). Pharmakologische Interventionen gegen Schmerzen und Angst können hier hilfreich sein. Wiederkehrende Orientierung über Ort, Zeit, (Person) und Ereignis sind essentiell. Bekannte Objekte oder Fotos können einen Bettplatz gemütlicher und vertrauter erscheinen lassen. Ein normaler Schlaf- und Wachrhythmus und Besuche von Familienangehörigen und Freunden kann das Wohlbefinden während dieser Phase gut unterstützen. Fachpersonen müssen im Umgang mit Patientinnen und Patienten in dieser Phase vor allem auf Äusserungen bezüglich Angst hören und ihnen versichern, dass Alb-</p>
--	--	--

		<p>träume und lebendige Erinnerungen in einem gewissen Rahmen zum jetzigen Zeitpunkt normal seien. Ist der Patient im Koma, muss daran gedacht werden, dass diese sich dennoch an Gehörtes erinnern können. Auch Familienangehörige müssen während dieser Phase eng begleitet und zeitnah informiert werden. Ausserdem können Familienangehörige Interventionen übernehmen, um den Betroffenen zu unterstützen (z.B. beim Essen unterstützen). Psychische Faktoren spielen eine signifikante Rolle bei Schmerzen und Angst, das regelmässige Erfassen und Dokumentieren dieser ist unerlässlich und zeigt dem Patienten oder der Patientin, dass sie in ihren Erfahrungen ernstgenommen wird. Regelmässiges Erkunden über das Wohlbefinden und was dieses stört zeigt der betroffenen Person und deren Familie, dass das verringerte Wohlbefinden ernstgenommen wird. Auch zeigen sich deshalb weniger Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit und Anzeichen Depressionen bei den Brandverletzten.</p> <p><u>Stationäre Erholung (in-hospital recuperation phase)</u></p> <p>In dieser Phase realisieren die Betroffenen ihre Verletzungen und die daraus resultierenden Veränderungen, welche nicht rückgängig gemacht werden können. Die Angst fokussiert sich nun meist auf die Zukunft. Die Brandverletzten sind mit physischen Einschränkungen und einem entstellten Körper konfrontiert. Die Patienten und Patientinnen realisieren ausserdem, dass andere Menschen ihre Entstellungen/Narben sehen werden. Ihr Selbstbildnis vor dem Unfall ist nicht mehr intakt und eine neue Identität muss verkörpert werden. Emotionale Labilität und Rückbildung des Verhaltens werden oft in dieser Phase beobachtet. Wut ist vermutlich für das Behandlungsteam und die Angehörigen das Schwierigste zu ertragen, denn sie investierten viel Zeit und Kraft in die Genesung und sind durch die Handlung der brandverletzten Person vor den Kopf gestossen. Sicherlich entlädt sich die erste Wut bei den geliebten Personen (Ehemann/ Ehefrau, Eltern) und dann beim Behandlungsteam (Pflege oder Therapeuten). Wütende Ausbrüche von Patienten sollten nicht als Rückmeldung an die Behandlung des Personals oder der Angehörigen angesehen werden, sondern als notwendiges Ventil um mit der Situation umgehen zu können. Patientinnen und Patienten schämen sich oft für solche Wutausbrüche und fürchten sich vor weiteren Ausbrüchen. Diese Furcht wird durch die Angst vor sozialer Isolation oder Abweisung aufgrund des Aussehens verstärkt. Dies führt dazu, dass sie wütend auf sich werden, was das Gefühl der Überwältigung, der Hoffnungslosigkeit, der Depression und suizidaler Gedanken aufkommen lässt. Die Hoffnungslosigkeit tritt vor allem auf, wenn Patientinnen und Patienten das Gefühl haben, dass sie keine Kontrolle über die Situation haben. Langfristige Hoffnungslosigkeit kann zur chronischen Depression führen.</p> <p>Psychotherapeutische Interventionen, durchgeführt vom gesamten Behandlungsteam, fokussieren sich zu diesem Zeitpunkt vor allem auf das Bekämpfen der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit. Hier geht es um das Setzen und Erreichen von Zie-</p>
--	--	---

		<p>len und somit das Gefühl von Erfolg. Psychotherapeutisch ist diese Phase anspruchsvoll, da zum einen die Gefühlsäusserungen der Betroffenen als normal anerkannt werden sollten, andererseits jedoch auch Grenzen gesetzt werden müssen. Während dieser Zeit stellt die betroffene Person viele Fragen zum zukünftigen Aussehen, den Funktionseinschränken und Einschränkungen bei sexuellen Aktivitäten. Hier ist das ehrliche, aber Hoffnung-erhaltende Antworten von allen involvierten Fachpersonen wichtig. Angehörige und Patientinnen und Patienten sollten informiert werden, dass die Rehabilitation möglicherweise mehrere Jahre dauert, um ein optimales Ergebnis zu erreichen, aber dass keine Wunder vollbracht werden können. Das Ausdrücken von Trauer und Wut ist erlaubt und wird erwartet, es darf jedoch die therapeutischen Massnahmen nicht einschränken.</p> <p>Hier kann die Begegnung mit einem anderen Brandverletzten hilfreich sein, da die Aussagen über den Verlauf und die Zukunft viel glaubwürdiger sind, als bei nicht verbrannten Fachpersonen. Hier können auch Bilder und Videos mit den Erlebnissen anderer Brandverletzter oder Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige sinnvoll sein und die Lebensqualität und Zufriedenheit stark erhöhen (Rivlin et al., 1986).</p> <p><u>Reintegrationsphase</u></p> <p>Das Austrittsprocedere wird grob bereits beim Eintritt und den ersten Tagen im Spital festgelegt, spezifische Punkte können jedoch erst in den letzten Wochen/ Tagen vor Austritt besprochen und geplant werden.</p> <p>Die Rückkehr nach Hause bedeutet für Brandverletzte auch soziale Interaktionen mit einer grösseren Gruppe von Freunden, Familie, Bekannten und Fremden. Patientinnen und Patienten, sowie auch die Familie muss dafür vorbereitet werden. Die Gefühle bezüglich des Austritts sind bei Patientinnen und Patienten, sowie auch bei den Angehörigen oft ambivalent. Brandverletzte fürchten sich vor den Reaktionen anderer und Abweisung, Angehörige möchten diese bewusst davor schützen. Rückt die Entlassung näher nimmt die Angst stark zu und Patientinnen und Patienten zeigen oft wieder ein schlechteres Verhalten, was die Angehörigen bezüglich des Austritts verunsichert.</p> <p>Psychotherapeutische Massnahmen in dieser Phase zielen vor allem auf die Vorbereitung des Patienten und der Familie auf den Austritt und die möglichen Schwierigkeiten zu Hause ab. Der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin sagt klar, dass Probleme, wie posttraumatische Belastung, Schlafstörungen, Verunsicherung, Angst vor sexuellen Aktivitäten und das Starren Fremder dazugehören und normal sind und entwickelt mit Betroffenen und Angehörigen ein Repertoire an möglichen Verhaltensweisen, um damit umzugehen. Gegen Ende der stationären Behandlung kann von den Patienten eine zunehmende Selbstständigkeit und Autonomie verlangt werden, hier müssen die Fachpersonen ihre Unterstützung immer mehr reduzieren.</p>
--	--	--

		<p>Nach Austritt ist ein bestehender Kontakt zwischen Brandverletzten und Angehörigen und dem Behandlungsteam von Vorteil und ermöglicht vertrauten Austausch und fachliche gute Unterstützung.</p> <p>Wichtig ist das Ansprechen von sozialen Interaktionen ausserhalb des Spitals, dies wurde von Brandverletzten als eine der anspruchsvollsten und schwierigsten Aspekte genannt. Die Organisation „Changing Faces“ hat eine Broschüre zu diesem Thema mit Beschreibungen von herausfordernden Situationen und Hinweisen zum Erarbeiten von Lösungsansätzen herausgegeben.</p> <p>Neben dem Vorbereiten der betroffenen Person und der Angehörigen kann auch die Gemeinschaft, in welche der Brandverletzte oder die Brandverletzte zurückkehrt, mit Informationen über Brandverletzungen und das weitere Procedere informiert werden. Diese intellektuelle und emotionale Aufklärung sollte für diverse Teilnehmer der Gemeinschaft verständlich sein, was anspruchsvoll ist. Vorteilhaft wäre ein Besuch einer Fachperson, um für Fragen bereit zu stehen.</p> <p>Rehabilitationsphase nach der Entlassung</p> <p>Die Entlassung aus dem Spital bedeutet nicht, dass der Genesungsprozess abgeschlossen ist. Die dünne und äusserst sensitive Haut benötigt aufwändige und vorsichtige Pflege. Verbandswechsel, Übungen und Kompressionskleidung dauern an und können Patientinnen und Patienten vor grosse Herausforderungen stellen. Ausserdem können posttraumatische Belastungssymptome auftreten, welche im sicheren Umfeld des Spitals keine Rolle spielten. Brandverletzte müssen weiterhin anstrengende, langweilige und unangenehme physische Behandlungen über sich ergehen lassen. Ausserdem müssen sie sich an ihr verändertes Aussehen und die physischen Einschränkungen gewöhnen und es zu akzeptieren lernen.</p> <p>Während dieser Zeit benötigen die Patientinnen und Patienten weiterhin grosse Unterstützung, Ermutigung und das Aufzeigen von kleinen und grossen erreichten Erfolgen.</p> <p>Schlussfolgerung</p> <p>Bestehende Literatur zeigte unterschiedliche Faktoren auf, welche einen guten oder negativen Einfluss auf die Rehabilitation von Brandverletzungen haben können. Erstaunlicherweise zeigte diese Literatur auch auf, dass die Grösse, Tiefe oder der Ort der Verbrennung und das Entstehen von Narben oder die Amputation keinen negativen Einfluss auf die psychosoziale Erholung hat. Auch spielte das Alter und die Intelligenz keine Rolle. Die erste emotionale Reaktion der Betroffenen und der Angehörigen kann keine Voraussage über die Anpassung machen.</p> <p>Es wurden zwei wichtige Faktoren gefunden, welche einen grossen Einfluss auf die psychosoziale Erholung haben: die Qualität der Familienkonstellation und die soziale Unterstützung und der Wille des Patienten oder der Patientin, soziale Risiken</p>
--	--	--

		<p>einzugehen. Diese Erkenntnisse und die klinische Erfahrung der Forschenden führten dazu, dass Behandlungsempfehlungen erarbeitet wurden.</p> <p>Behandlungsempfehlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die betroffene Person ist normal und man geht davon aus, dass diese vollständig genesen können. Dieser schwierige Prozess dauert ungefähr 2 Jahre. - Schwierigkeiten während des Anpassungsprozesses sind normale Erfahrungen dieser Personen. - Die Familie (im Sinne des Patienten/ der Patientin) muss bei der Behandlung des Patienten oder der Patientin involviert sein, sie können psychotherapeutische Interventionen umsetzen. Diese Zusammenarbeit mit der Familie ermöglicht Autonomie und Zusammenhalt aller Mitglieder. - Übungen und Training zum Steigern des Selbstvertrauens sind essentiell, vor allem im Bereich sozialer Interaktionen bei Patientinnen und Patienten mit sichtbaren Narben/ Entstellungen. Sie müssen lernen mit respektlosen und verletzenden Aussagen umgehen zu können. - Psychotherapeuten ermöglichen das Finden eines neuen Selbstverständnisses. Jeder Sieg muss gefeiert werden! - Wenn die physischen und psychischen Veränderungen stabilisiert sind, ist es wichtig sich nicht auf den Lorbeeren auszuruhen, denn der Wechsel zum Unglücklich-Sein, Wut oder Schmerz geschieht schnell. - Schlussendlich muss die Intervention eines Psychotherapeuten ermöglichen, dass jeder Brandverletzter oder jede Brandverletzte stark, kompetent, optimistisch und autonom sein kann und auch Momente der Traurigkeit und Verzweiflung erleben darf. Brandverletzte sollten sich als kompetente, interessante Menschen sehen, welche eine schlimme und traumatisierende Verletzung erlebten. <p>Gedanken der Forschenden</p> <p>Der Mensch ist ausserordentlich in seiner Kreativität beim Erreichen von Zielen, wenn er sich unterstützt und ernstgenommen fühlt. Die gefundenen Resultate und das klinische Wissen zeigte auf, dass es keine Grenzen bei der Resilienz zu geben scheint.</p>
--	--	---

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf der zweituntersten Stufe der 6-S-Pyramide von DiCenso et al. (2009), da es sich um ein integratives Review handelt.

Tabelle 6

Mögliche Problembereiche und Interventionsvorschläge in unterschiedlichen Phasen (Blakeney et al., 2008)

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

Phase	Mögliche Symptome	Interventionsvorschläge
Eintrittsphase	<ul style="list-style-type: none"> - Angst, Schreck - Schmerzen - Traurigkeit, Kummer - Dissoziierung - kognitive Einschränkungen - Schuldgefühle 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiolytika - Analgetika - Psychologischer Support <ul style="list-style-type: none"> • Information • Bestätigung • Normalisierung • Entspannungstechniken
Phase auf der Intensivstation	<ul style="list-style-type: none"> - wie in Eintrittsphase - Akutes Stress Syndrom - Aufarbeitung - Zerfall - Depersonalisation - Verwirrtheit - Schlafstörungen - Psychosen - Delirium - Hilflosigkeit - Angst - Schmerz - vermindertes Wohlbefinden - Anzeichen Depression 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiolytika - Analgetika - Medikation für akutes Stresssyndrom - weiterführende psychologische Unterstützung - Familienbegleitung - Massnahmen gegen Delir <ul style="list-style-type: none"> • Orientierung • bekannte Gegenstände • Familie integrieren • normaler Tag-Wach-Rhythmus - Symptome validieren
stationäre Erholungsphase	<ul style="list-style-type: none"> - zunehmende Schmerzen bei vermehrter Bewegung - Wut, Rage - Trauer - Depressive Episoden, schnelle emotionale Veränderungen - Schuld - Schlafstörungen - Zukunftsangst - Suizidgedanken 	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte Analgetika-Gabe - Psychotherapie (verhaltens-therapeutisch und Familientherapie) - Pharmakologische Interventionen gegen Angst und Depressionen - Vorbereitung für Austritt - Peer-Support

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

Phase	Mögliche Symptome	Interventionsvorschläge
Reintegrationsphase	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderung Selbstbildnis - Angst vor Isolation und Zurückweisung - Hoffnungslosigkeit - Anpassungsschwierigkeiten - Hilfslosigkeit - Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS) - Angst (inkl. Phobien) - Depressionen - Schuldgefühle - Verhaltensstörungen - Viktimisierung - Schlafstörungen - Verunsicherung - Angst vor sexueller Aktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> - Wiedereingliederungsprogramm - Therapien und Medikation bezüglich PTBS - Psychotherapie (verhaltenspsychologische Therapie, Familientherapie und soziale Fertigkeiten) - Ausschleichen von Anxiolytika - Antidepressiva - Entwicklung von Handlungsstrategien - Kontakt mit Spital nach Austritt

Anhang B1b: CASP Blakeney et al. (2008)

Referenz: Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenberg, M., & Faber, A. W. (2008). Psychosocial care of persons with severe burns. Burns. <http://doi.org/10.1016/j.burns.2007.08.008>

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): Making Sense Of Evidence
10 Questions to Help You Make Sense of Reviews

How to Use This Appraisal Tool

- Three broad issues need to be considered when appraising the report of a systematic review:
 - Is the study valid?
 - What are the results?
 - Will the results help locally?
- The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically.
- The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions.
- You are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question.
- These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question?
 Yes Can't Tell No
 Ziel und Richtung der Studie nicht bekannt.

HINT: Consider if the question is 'focused' in terms of:
 ○ the population studied
 ○ the intervention given or exposure
 ○ the outcomes considered

2. Did the review include the right type of study?
 Yes Can't Tell No
 Ausformulierte Fragestellung ist bei integrativen Reviews aber nicht notwendig

HINT: Consider if the included studies:
 ○ address the review's question
 ○ have an appropriate study design

Is it worth continuing? *wenige und eher ältere Studien eingeschlossen, jedoch viel Expertenwissen der AutorInnen vorhanden.*

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies?
 Yes Can't Tell No
 Literaturrecherche ist nicht beschrieben und somit nicht nachvollziehbar

HINT: Consider:
 ○ which bibliographic databases were used
 ○ if there was follow-up from reference lists
 ○ if there was personal contact with experts
 ○ if the reviewers searched for unpublished studies
 ○ if the reviewers searched for non-English-language studies

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?
 Yes Can't Tell No
 Keine Angaben wie mit den Studien umgegangen wird, keine Angaben über Validität und Reliabilität der eingeschlossenen Studien

HINT: Consider:
 ○ if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included. Look for:
 • a scoring system
 • more than one assessor

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?
 Yes Can't Tell No
 Vermutlich schon, Ergebnisse scheinen sinnvoll kombiniert zu sein

HINT: Consider whether:
 ○ the results of each study are clearly displayed
 ○ the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity)
 ○ the reasons for any variations in results are discussed

6. How are the results presented and what is the main result?
 Es werden keine einzelnen Resultate der eingeschlossenen Studien präsentiert, weshalb das ganze Review eine Diskussion darstellt.
 Die Autorinnen und der Autor zeigen verschiedene Bereiche auf, welche wichtig sind im psychosozialen Umgang mit Brandverletzten sind: kulturelle Sensibilität, Umgang mit dem Tod (hier eher Bezug auf psychosoziale Betreuung der Familie), Vier Phasen der Genesung im Spital (Eintrittsphase, Phase auf der Intensivstation, stationäre Erholung, Reintegrationsphase), ~~Rehabilitationsphase nach der Entlassung.~~
 Zu diesen Phasen wurden mögliche Symptome und Interventionen erarbeitet und dargestellt.

HINT: Consider:
 ○ how the results are expressed (e.g. odds ratio, relative risk, etc.)
 ○ how large this size of result is and how meaningful it is
 ○ how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence

Ausserdem wurden sieben Guidelines als Behandlungsempfehlung herausgegeben, welche auf bestehender Literatur und der klinischen Erfahrung der Autorinnen und dem Autor basieren.

7. How precise are these results?

Viele Aussagen aus dem Review werden nicht mit Literatur hinterlegt, was die Aussagekräftigkeit erschwert. Jedoch decken sich einige dieser Aussagen mit Informationen aus anderer Literatur über Brandverletzungen. Somit scheinen die Resultate an sich präzise, sind jedoch nur mit spezifischen Wissen kontrollierbar.

- HINT: Consider:
- o if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit?
 - o if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable

Vermutlich schon, denn die Aussagen sind sehr breitgehalten und durch den Einbezug der kulturellen Sensibilität sind diese Informationen vermutlich umsetzbar

- HINT: Consider whether:
- o the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results
 - o your local setting differs much from that of the review
 - o you can provide the same intervention in your setting

es müssen jedoch die haus-internen Regeln und Abläufe beachtet werden.

© Public Health Resource Unit, England (2006). All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without the prior written permission of the Public Health Resource Unit. If permission is given, then copies must include this statement together with the words "© Public Health Resource Unit, England 2006". However, NHS organisations may reproduce or use the publication for non-commercial educational purposes provided the source is acknowledged.

Weitere Kommentare:

- + Thema ist pflegerelevant und passend für die Bachelorarbeit
- +/- es wird sehr wenig Literatur verwendet (designbedingt)
- +/- theoretische Einbettung ist überflüssend in den Hauptteil der Arbeit, es wird Literatur verwendet, jedoch eher knapp
- + Wichtigkeit der Arbeit wird indirekt begründet
- + Design ist passend für dieses Review, anders könnten keine Expertenmeinungen ohne Quellenangaben (z.B. Person) einfließen
- +/- völlig unklar, wie die eingeschlossene Literatur ausgewählt wurde (designbedingt)
- /+ eher ältere Literatur, Review stammt von 2007, Beginn einer neuen "Welle" von Forschungen über Brandverletzte. Jedoch hätte es aktuellere Literatur gegeben.
- +/- keine methodologische Reflexion, Vorgehen aber passend zum Design
- +/- Ethik wird nicht diskutiert, auch nicht notwendig bei Review
- /+ Referenzen der unterschiedlichen Aussagen sind nur selten angegeben, restliche Aussagen sind vermutlich Expertenmeinungen der Forschenden/ klinische Erfahrung
- +/- keine Gegenüberstellung von Diskrepanzen, obwohl diese bei vertiefter Bearbeitung des Themas von Brandverletzten ersichtlich wären -> ist jedoch designbedingt
- keine Diskussion der Limitationen
- keine Stärken genannt
- +/- Aufbau nicht nach EMED-Format -> designbedingt
- + Praxistransfer mit Guidelines und weiterführenden Hinweisen gut ausgearbeitet
- + Übersichtstabelle über mögliche Symptome und Interventionen während unterschiedlichen Phasen wirkt vollständig und evidenz-basiert/ best-practice

Schwierig zu beurteilen, vermutlich nicht. Die verwendete Literatur wurde nur selten referenziert im Review, vermutlich sind dies nicht die einzigen Aussagen der Studien.

Klinische Erfahrung scheint vorhanden zu sein, Vorschläge sind 9. Were all important outcomes considered? vermutlich best-practice

- Yes Can't Tell No

- HINT: Consider outcomes from the point of view of the:
- o individual
 - o policy makers and professionals
 - o family/carers
 - o wider community

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?

- Yes Can't Tell No

- HINT: Consider:
- o whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost. If this information is not reported can it be filled in from elsewhere?

Die Forschenden erarbeiteten sieben Guidelines, welche im Setting mit Brandverletzten umsetzbar sind. Auch die Übersichtstabelle mit den erwarteten Symptomen und möglichen Interventionen ist für Fachpersonen, welche Brandverletzte betreuen wichtig.

Anhang B2: AICA Connell et al. (2015)

Zusammenfassung der Studie

Burn injuries lead to behavioral changes that impact engagement in sexual and social activities in females

Connell, K. M., Coates, R. und Wood, F. M. (2015)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problem Brandverletzungen sind ein grosser Einschnitt ins Leben der Betroffenen, sie müssen mit physischen und psychischen Veränderungen und Einstellungen leben lernen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen Die Unzufriedenheit über den eigenen Körper ist ein Einflussfaktor auf die psychosozialen Funktionen nach einer Verbrennung (Thombs et al., 2007 und Thombs et al., 2008). Diese Studie ging davon aus, dass das Körperbild eines Menschen Einfluss auf die sexuelle Zufriedenheit hat (Pujols et al., 2009). Studien zeigten auf, dass Brandver-</p>	<p>Ansatz/ Design und Begründung Es handelt sich um eine qualitative, phänomenologische Studie. Dieser Ansatz wird mit dem Ziel des «lived experience» begründet, welcher Erfahrungen von Individuen (hier: brandverletzte Frauen) beschreiben und verstehen möchte (Creswell, 2014 und Carpenter, 2013).</p> <p>Stichprobe Es wurden 20 volljährige Patientinnen, welche im Western Australian burn service outpatient clinic (Ambulatorium) behandelt wurden angefragt. Davon konnten und wollten fünf Frauen an der Studie teilnehmen. Die Frauen wurden z.T. ausgewählt, weil sie «typische» Brandverletzungen erlitten oder weil die Autorin im Schneeball-Prinzip auf spannende Patientengeschichten stiess.</p> <p>Datenerhebung Durch die Hauptautorin (Connell) wurden die Interviews geführt und aufgenommen, sie machte sich ausserdem während des Interviews</p>	<p>Die Ergebnisse wurden in vier Themen und zehn Unterthemen aufgeteilt.</p> <p>Unzufriedenheit über das eigene Körperbild <u>Sichtbare versus versteckte Narben</u> Die Teilnehmerinnen dieser Studie beschrieben Unbehagen, wenn die Narben sichtbar für Fremde waren. Einige Frauen erzählten, dass das Anpassen an die Situation nach der Brandverletzung gut ging, weil sie die Narben verdecken könnten. Eine Patientin mit schweren Verbrennungen (49% TBSA) beschrieb ein Gefühl von Abscheu ihrem Körper gegenüber. <u>Vermindertes Körperbild und abnehmendes Selbstwertgefühl</u> Die Teilnehmerinnen dieser Studie zeigten auf, dass sich ihr Körperbild und ihr Selbstwertgefühl aufgrund der Brandverletzung veränderten. Eine Teilnehmerin beschrieb die vorlaufenden Therapien als sehr ermüdend. Eine Frau berichtet von einer Trennung aufgrund des Aussehens nach der Brandverletzung. Andere Patientinnen berichteten von sozialen Einschränkungen und Rückzug, weil sie sich anderen gegenüber fremd fühlten. Auch wurde Trauer in Bezug auf das neue Aussehen genannt, wenn ein Vergleich zum früheren Aussehen und zur Sexualität genannt wurde. <u>Die Bedeutung des Aussehens vor der Brandverletzung</u></p>	<p>Folgende Notizen wurden aus dem Ergebnisteil der Studie extrahiert und in der Zusammenfassung separat im Diskussions- teil untergebracht.</p> <p>Unzufriedenheit über das eigene Körperbild Unterschiedliche Studien, welche die psychosozialen Auswirkungen von Narben bei Frauen untersuchten, zeigten auf, dass das Körperbild durch wahrgenommene und verinnerlichte Stereotypen beeinflusst wird (Fobair et al, 2006 und Sheppard et al., 2008). Literatur über Brandverletzte zeigt auf, dass Frauen mit grösserem psychischen Stress, Schamgefühlen und depressiven Symptomen nach einer Brandverletzung konfrontiert sind, als Männer und somit eine grössere Gefahr aufzeigen eine Körperbildstörung zu entwickeln (Thombs et al., 2007, Thombs et al., 2008, Bergamasco et al., 2002 und Connell et al., 2012).</p> <p><u>Sichtbare versus versteckte Narben</u> In der Literatur sind Widersprüche bezüglich Einfluss der Sichtbarkeit auf die psychische Anpassung zu finden. Orr et al. (1989) zeigten keinen Zusammenhang zwischen Körperbildstörung, Selbstwertgefühl und Depressionen im Vergleich zu TBSA und Ort der Narben bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf. Diese Ergebnisse werden durch eine Studie von Heineberg et al. (1997) gestützt. Connell et al. (2014) kamen auf andere Resultate: Sie konnten einen Zusammenhang im BSHS-B zwischen tiefen Punktzahlen bei Körperbild und Sexualität und Verbrennungen an Extremitäten und Gesicht feststellen. Die Resultate der vorliegenden Studie decken sich eher mit den Resultaten von Connell et al. (2014).</p> <p><u>Vermindertes Körperbild und abnehmendes Selbstwertgefühl</u> Frauen sind nach Brandverletzungen einer Gefahr ausgesetzt, dass sie eine Körperbildstörung entwickeln und ihr Selbstwertgefühl abnimmt (Thombs et al., 2008, Connell et al., 2013, Connell et al., 2014 und Sainsbury, 2009).</p>

<p>letzte Schwierigkeiten mit dem Körperbild, der sexuellen Zufriedenheit und dem Aufrechterhalten von Freundschaften und Beziehungen habe. Der burn Specific Health Scale (BSHS-B) stellt auch Fragen im Zusammenhang mit dem Körperbild und der sexuellen Zufriedenheit. In einer anderen Studie fanden Connell et al. (2014) heraus, dass bei allen Brandverletzten eine Verschlechterung zu sehen war, selbst wenn die physischen Funktionen sich verbesserten. Ein Zusammenhang zwischen negativen Körperbild und sichtbare Brandwunden wurde gefunden. Während Studien bereits quantitativ diese Zusammenhänge feststellten, fehlen noch die mündlichen Erzählungen betroffener Frauen.</p>	<p>auch Notizen. Die Interviews dauerten 40 bis 60 Minuten, waren semi-strukturiert, was vertieftes Nachfragen durch die interviewende Person ermöglichte (nach Carpenter 2013), ausserdem achtete die Interviewerin auf das aktive Zuhören. Die Interviews wurden wortwörtlich durch die Hauptautorin transkribiert.</p> <p>Methodologische Reflexion: Die Forschenden haben einen qualitativen phänomenologischen Ansatz gewählt. Dies wird in dem begründet, dass das quantitative Forschungswissen, durch Aussagen von Betroffenen («lived experience») untermauert werden sollte. Das Vorgehen mit einem semi-strukturierten Interview entspricht Carpenter (2013) auf welchen im Text mehrfach eingegangen wird.</p> <p>Datenanalyse: Die Analyse der Daten wurde nach einem mehrschichten, interaktiven Ansatz nach Creswell (2014) durchgeführt: Die unbearbeiteten Transkriptionen und Notizen («field notes») der Hauptautorin wurden sortiert, das Codieren und Identifikation von unterschiedlichen Themen führten die Hauptautorin und ein wissenschaftlicher Mitarbeiter oder</p>	<p>Einige Patientinnen sprachen offen über ihr Aussehen vor der Brandverletzung und wie wohl sie sich bezüglich Aussehen und Sexualität fühlten. Eine Teilnehmende beschrieb Unbehagen in der Öffentlichkeit, da sie vor der Brandverletzung Behinderte oft zweimal anschaute, um einen genauen Eindruck zu bekommen. Sie meide nun die Öffentlichkeit, weil sie Angst vor solchen Reaktionen anderer habe.</p> <p>Veränderungen in der sexuellen Wertschätzung und Zufriedenheit</p> <p><u>Verhaltensveränderungen bei sozialen Aktivitäten</u> Viele der Patientinnen beschrieben eine Art von Verhaltensveränderung vor allem in Bezug auf soziale oder sexuelle Aktivitäten. Dieses Thema war vor allem bei Single-Frauen (vor oder nach der Brandverletzung). Die Teilnehmenden beschrieben Schwierigkeiten mit sozialen Interaktionen und das Aufbauen von neuen Freundschaften, vor allem weil sie Angst vor den Reaktionen auf ihre Narben hatten.</p> <p><u>Verhaltensveränderungen bei sexuellen Aktivitäten</u> Zusätzlich zur Vermeidung von sozialen Interaktionen zeigte sich eine Verhaltensänderung bei sexuellen Aktivitäten. So nahm die Quantität ab und die Art des sexuellen Austauschs veränderte sich. Die Teilnehmenden sagten, das «Vergessen» der eigenen Gefühle über den vernarbten Körper sei schwierig gewesen, was einen Einfluss auf die sexuelle Freude beim Geschlechtsverkehr hatte. Eine Patientin beschrieb jedoch nicht nur negative Aspekte, durch die Brandverletzung habe sie</p>	<p><u>Die Bedeutung des Aussehens vor der Brandverletzung</u> Thombs et al. (2008) fanden einen Zusammenhang zwischen Körperbildstörung aufgrund einer Brandverletzung und wie wichtig das Aussehen für eine betroffene Person vor dem Unfall war. Dies konnte mit der vorliegenden Studie gestützt werden. Connell et al. (2014) beschreibt, dass sich das Körperbild nach einer Brandverletzung mit der Zeit wieder verbessert, wobei aber die Sichtbarkeit der Narben und das Selbstwertgefühl vor der Verbrennung einen Einfluss haben.</p> <p>Veränderungen in der sexuellen Wertschätzung und Zufriedenheit</p> <p><u>Verhaltensveränderungen bei sozialen Aktivitäten</u> Connell et al. (2014) 's Analyse des BSHS-B zeigte, dass alleinstehende Personen grössere Schwierigkeiten nach der Brandverletzung Freundschaften aufzubauen und zu pflegen. Die vorliegende Studie verdeutlichte diese Bereiche.</p> <p><u>Verhaltensveränderungen bei sexuellen Aktivitäten</u> Brandverletzungen bei Frauen werden von der Literatur oft mit Abnahme von sexueller Wertschätzung und Zufriedenheit assoziiert (Connell et al., 2013, Connell et al., 2012 und Tufahl et al., 1987). Die vorliegende Studie ergänzte dieses Wissen mit Erzählungen Brandverletzter.</p> <p>Anpassung an den brandverletzten Körper</p> <p><u>Reaktionen von anderen</u> Die Auswirkungen unreflektierter Aussagen, Fragen und Starren anderer Menschen auf Brandverletzte wird noch untersucht. Bergamasco et al. (2002) zeigte in seiner phänomenologischen Studie auf, dass mehr als die Hälfte der Befragten mit negativen Erlebnissen konfrontiert waren. Diese negativen Reaktionen anderer haben einen hemmenden Einfluss auf zukünftige soziale Interaktionen (Bergamasco et al., 2002). Bergamasco et al. (2002) schrieben ausserdem, dass Brandverletzte, welche mit einer Stigmatisierung betroffen sind eine starke Resilienz entwickeln, in dem sie sich Handlungsstrategien (Humor, Vergebung, Verständnis, etc.) erarbeiteten, um mit verletzenden Reaktionen umzugehen. Diese Resilienz war auch in der vorliegenden Studie zu finden.</p> <p><u>Einfluss auf das tägliche Leben</u> Forschungen zu anderen traumatisch erworbenen Behinderungen zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Einschränkungen im Alltag und den psychischen Folgen</p>
---	---	---	---

<p>Forschungsfrage/Ziel Das Ziel dieser Studie war, dem bekannten Zusammenhang zwischen Sexualität und Körperbildveränderungen aufgrund von Brandverletzungen mit Erzählungen von Patientinnen zu ergänzen. Auch möchten sie mit Erfahrungsbereichten von Patientinnen aufzeigen, dass dieser Zusammenhang ein Einflussfaktor auf die Anpassung und die Lebensqualität ist und dass es einen wichtigen Stellenwert in der Rehabilitation einnehmen sollte. Die Forschenden stellten zwei Hypothesen auf: 1. Hypothese: Bei Frauen, welche eine Brandverletzung erlitten zeigt sich ein Zusammenhang zwischen verminderter Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und der sexuellen Wertschätzung.</p>	<p>eine wissenschaftliche Mitarbeiterin unabhängig voneinander durch, danach diskutierten sie ihre Ergebnisse und verfeinerten ihre Ergebnisse. Das Codieren wurde zum Einteilen der Aussagen zu unterschiedlichen Themen genutzt. Jedes einzelne Interview wurde danach nach den identifizierten Themen eingeteilt. Anhand des Triangulationsprozesses wurden die Ergebnisse validiert, dies wird von Creswell (2014) so für qualitative Studien vorgeschlagen. Dieses Cross-Checking geschah zuerst anhand des Austauschs beim Coding zwischen Hauptautorin und wissenschaftlicher Mitarbeiterin. Diese Einteilungen wurden anhand bestehender qualitativer Studien aus dem gleichen Verbrennungszentrum validiert. Schlussendlich wurde durch ein «expert-member-checking» die Genauigkeit und Aussagekräftigkeit der Ergebnisse bestätigt. Nachdem vollständigen Erarbeiten der Ergebnisse konnten die Forschenden ein Model erstellen, die Abbildung 1 ist am Ende der Zusammenfassung, der Würdigung, der Einschätzung der Güte und der Evidenz zu finden.</p> <p>Ethik:</p>	<p>nicht mehr mit vielen Männern Sex, es habe sie ein bisschen zur Ruhe gebracht. Anpassung an den brandverletzten Körper <u>Reaktionen von anderen</u> Die Angst vor negativen Reaktionen anderer Personen wurde von allen Teilnehmerinnen dieser Studie genannt. Eine Patientin erzählte, dass sie Angst vor der Reaktion eines Partners hatte, sie dann im Verlauf jedoch feststellen musste, dass die Narben für diesen keine Rolle spielten. Einige Patientinnen beschrieben, dass sie Handlungsstrategien im Umgang mit schwierigen Situationen erarbeiten konnten. <u>Einfluss auf das tägliche Leben</u> Die Teilnehmenden beschrieben einen Anpassungsprozess, der stattfinden musste, so dass sie Berührungen an intimen Stellen für Verbandswechsel oder die Pflege zulassen konnten. Eine Teilnehmende konnte aufgrund ihrer Brandverletzung im Gesicht keine Anstellung im Kosmetikwesen mehr finden. Die Arbeitslosigkeit hat einen Einfluss auf ihre finanzielle Situation. Gedanken zur Pflege in Bezug auf Sexualität und Körperbild <u>Erwartungen an das Behandlungsteam</u> Die meisten Teilnehmerinnen sagten, dass Sexualität und Körperbild während der Rehabilitation nicht angesprochen wurden. Eine Patientin sagte, dass sie während eines ambulanten Termins den BSHS-B ausfüllte und im Bereich der Sexualität und des Körperbilds tiefe Punkte vergab. Sie erhoffte sich, dass das Behandlungsteam auf diese Bereiche eingehen würde, was jedoch nicht gemacht</p>	<p>(Potgieter et al., 2005). Finanzielle Einschränkungen haben einen grossen Einfluss auf die Lebensqualität nach einem Trauma (Quelle unklar!). Die Autoren der vorliegenden Studie sprechen die Finanzierung von abdeckendem Make-Up an, um den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben zu ermöglichen, was jedoch von der öffentlichen Hand nicht übernommen wird. Gedanken zur Pflege in Bezug auf Sexualität und Körperbild <u>Erwartungen an das Behandlungsteam</u> Keine spezifische Literatur genannt. <u>Einfluss des Behandlungsprozesses</u> Kornhaber et al. (2014) und Ripper et al. (2009) schreiben, dass das Ziel der Rehabilitation von Brandverletzten sei möglichst selbstständig und unabhängig, mit möglichst wenig Einschränkungen leben zu lernen. Dies kann nur durch viele und langwierige Therapien und andere Massnahmen (z.B. Kompressionskleidung) erreicht werden. Ripper et al. (2009) fanden heraus, dass der Hauptgrund von Non-Compliance das Fehlen von Informationen über den Sinn und Zweck von Kompressionskleidern war. Weitere Untersuchungen und Verbesserungen im Bereich des Narbenmanagements sind notwendig, damit diese Interventionen weniger schlechten Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Patienten haben. <u>Vorschläge für die Zukunft</u> Keine spezifische Literatur genannt. Die nachfolgenden Teile sind auch in der Studie im Diskussteil untergebracht, dieser Diskussteil enthält jedoch keine weiterführende Literatur. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Diese Studie wurde durch zwei Hypothesen geleitet. 1. Hypothese: Bei Frauen, welche eine Brandverletzung erlitten, zeigt sich ein Zusammenhang zwischen verminderter Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und der sexuellen Wertschätzung. Diese Hypothese wurde bestätigt, da alle Patientinnen mit lebensveränderten Situationen konfrontiert waren und mit entstehenden Narben leben lernen mussten. 2. Probleme mit Körperbild und Sexualität werden im Prozess der Rehabilitation zu wenig angesprochen.</p>
--	---	--	---

<p>2. Probleme mit Körperbild und Sexualität werden im Prozess der Rehabilitation zu wenig angesprochen.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf Die Forschenden begründen die Notwendigkeit die quantitativen Resultate mit qualitativen Aussagen und Erzählungen betroffener Patientinnen zu untermauern.</p>	<p>Die Genehmigung wurde vom Human Research Ethics Komitee der Curtin University und des Royal Perth Hospital Ethics Comitee eingeholt. Es werden keine ethischen Fragen und Dilemma von den Forschenden diskutiert.</p>	<p>wurde. Angesprochen mit welcher Profession am liebsten solche persönlichen Dinge besprochen werden möchten wurde die Pflege oder die Ergotherapie genannt, da beide im engen und regelmässigen Kontakt mit den Betroffenen stehen. Es kommt ausserdem auf die zwischenmenschliche Beziehung an.</p> <p><u>Einfluss des Behandlungsprozesses</u> Alle Patientinnen mussten Kompressionskleidung tragen, was einen grossen, meist negativen, Einfluss auf deren Aktivitäten, Wohlfühl und auf die Sexualität hatte. Die Frauen waren bezüglich des Kompressionsmanagement compliant, nannten zum Teil dennoch Frustration.</p> <p><u>Vorschläge für die Zukunft</u> Die Teilnehmenden sagten geschlossen, dass das Körperbild und die Sexualität während der Rehabilitation angesprochen werden sollten. Als optimale Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen wurden die Ergotherapie genannt, da mit diesen der längste Kontakt bestand oder noch immer besteht. Die Patientinnen schlugen Poster in Wartezimmern vor, um niederschwellige Informationen zu verbreiten und so Raum für Diskussionen zu bieten.</p>	<p>Auch diese Hypothese wurde bestätigt, in dem die Patientinnen den Wunsch äusserten, dass Sexualität und Körperbild in der Rehabilitation mehr und genauer angesprochen werden sollte.</p> <p>Durch die genaue Bearbeitung der bestehenden Literatur und der Auseinandersetzung mit den Interviews entwickelten die Autoren der vorliegenden Studie ein Modell, welches die Anpassungen des Körperbilds und der Sexualität nach einer Brandverletzung darstellt (adjustment of body image and sexuality changes post burn model). Das Modell ist am Ende der Tabelle, Abbildung 1 zu finden.</p> <p>Dieses Modell konzeptualisiert die Ergebnisse dieser Studie und zeigt die Zusammenhänge und Interaktionen auf einen Blick auf. Als Signifikanz dieses Modells wird den konzeptualisierten Überblick genannt, welche Fachpersonen gewinnen können. Ausserdem könnte dieses Modell auch für andere Traumata verwendet werden, wenn diese mit langfristigen Veränderungen und Einschränkungen oder sichtbaren Entstellungen konfrontiert sind.</p> <p>Limitationen Grundsätzlich ist die Stichprobengrösse eher klein. Die schlechte Resonanz wird auf das heikle Thema zurückgeführt, da viele Frauen sich schämen darüber zu sprechen. Als Limitation wurde auch die sehr eingeschränkte Alterskategorie genannt (19-27 Jahre). Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass dies aufgrund der Thematik so ist. Weil nur ein Interview und nicht mehrere über einen längeren Zeitraum gemacht wurden, können die langfristigen Auswirkungen nur erahnt werden, was limitierend auf die Ergebnisse wirkt.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis Die Studie zeigte auf, dass es noch Handlungsbedarf bezüglich Sexualität und Körperbild(störung) bei sichtbaren Narben und Entstellungen gibt. So lange noch keine Lösung gibt, wie Brandverletzungen ohne Narben heilen können, müssen die Brandverletzten unterstützt werden um mit dieser neuen Situation lernen umzugehen. Weiterführende Forschungen sollten</p>
---	--	---	--

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

			sich auf Sexualität, Körperbild und Narbenmanagement beziehen, um die Behandlung in der Rehabilitation zu verbessern um auch nach Austritt die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen.
--	--	--	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie befasst sich mit dem Erleben von Brandverletzungen bezüglich Körperbild und sexuellen Auswirkungen. Es gibt bereits Resultate quantitativer Studien, diese qualitative Studie soll diese Ergebnisse mit Aussagen und Erzählungen betroffener Frauen untermauern.</p> <p>Das Ziel der Forschungsfrage ist gut dargestellt, die Hypothesen sind klar formuliert.</p> <p>Es wird auf verschiedene vorhandene Literatur eingegangen.</p>	<p>Ansatz/ Design und Begründung Das Ziel der Studie und die zwei Hypothesen passen zum gewählten, phänomenologischen Design. Die Wahl wird nachvollziehbar begründet.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobenziehung scheint, soweit nachvollziehbar, sinnvoll und zum Ansatz passend. Die Stichprobe ist nicht vollständig repräsentativ für die Population brandverletzter Patientinnen (TBSA 1-49% ist relativ gut verteilt, unterschiedliche Ursachen, unterschiedliche Orte des Wunden/Narben, aber sehr kleine Altersspanne Die Stichprobe ist eher klein, was aber im Diskussionsteil (unter Limitations) jedoch angesprochen wird.</p> <p>Datenerhebung Bei der Datenerhebung ging es um das Erleben. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung ist relativ genau dargestellt und kann gut nachvollzogen werden. Die Datensättigung und die Selbstbestimmung der Teilnehmerinnen werden nicht diskutiert</p> <p>Methodologische Reflexion: Der Standpunkt der Forschenden ist nicht klar dargestellt, in der Einleitung lässt sich jedoch ableiten, dass sicher die Hauptautorin bereits bei mindestens einer anderen Studie über Brandverletzte mitarbeitete. Der methodische Ansatz passt mit dem gewählten Forschungsansatz überein und passt zur Fragestellung und den zwei Hypothesen.</p> <p>Ethik: Die Genehmigung wurde vom zwei unterschiedlichen Kommissionen eingeholt, es werden keine ethischen Fragen und Dilemma von den Forschenden diskutiert. Auch kommen ethische Probleme zwischen Forschenden und Teilnehmerinnen nicht zur Sprache.</p>	<p>Die Ergebnisse sind in unterschiedliche Bereiche aufgeteilt, was übersichtlich ist und die Reichhaltigkeit der Daten repräsentiert.</p> <p>Es sind passende Zitate aus den Interviews ausgewählt, welche die Ergebnisse detailliert unterstützen. Die Zitate sind zum Teil mit non-verbalen Interaktionen (z.B. Seufzen, Lachen) unterlegt, was einen vertieften Einblick ermöglicht.</p> <p>Im Ergebnissteil der Studie wird jedoch auf diverse andere Literatur eingegangen, was eigentlich im Diskussionsteil geschehen sollte. In der vorliegenden Zusammenfassung wurden die Diskussionsbereiche in den Diskussionsteil verschoben.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Wie bereits beschrieben wird die Diskussion mit anderer Literatur in der Studie im Ergebnisteil durchgeführt und im AICA zwecks besserer Übersicht und Vergleichbarkeit verschoben.</p> <p>Die Vergleiche mit der Literatur sind verständlich dargestellt. Diskrepanzen in der bestehenden Literatur und/ oder im Vergleich mit den Ergebnissen mit der Studie werden verglichen.</p> <p>Die Arbeit leistet einen Beitrag zum besseren Verständnis, da sie der theoretischen Grundlage Erfahrungen von Patientinnen beifügt.</p> <p>Das neu erstellte Modell gibt einen vereinfachten Überblick über die Resultate der Studie, es jedoch fraglich inwieweit dieses Modell anwendbar ist. So werden im Teil «Limitations» diverse Limitierungen angesprochen, ausserdem ist das Modell weder validiert noch reliabel. Einen guten Überblick für den hektischen Alltag bietet es jedoch.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis Die Schlussfolgerungen sind gut, jedoch etwas dürftig. Sie spiegeln die Ergebnisse der Studie wieder, es fehlen jedoch konkrete Vorschläge für weiteren Forschungsbedarf.</p> <p>Allgemein Die Studie ist gut gestaltet, Schwierigkeiten und problematische Stellen sind versteckt, die Studie ist nicht dem EMED-Raster entsprechend, was irritierend ist.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Confirmability (Bestätigung)

- + Die Studie wird hauptsächlich durch die Hauptautorin (K. Connell) durchgeführt und durch die beiden Co-Autorinnen begleitet
- + Die Interviews werden durch eine Person (Hauptautorin) geführt, was die Vergleichbarkeit erhöht
- + Die methodische Vorgehensweise ist detailliert und es ist relativ gut beschrieben, wer wie viel Einfluss auf die Bearbeitung der Daten hat

Dependability (Zuverlässigkeit)

- + Analyse der Daten geschieht in zwei Gruppen (zwei Einzelpersonen)
- keine Diskussion von hochschulinternen und/ oder –externen Gremien werden genannt

Credibility (Glaubwürdigkeit)

Langjährige Beschäftigung mit dem Thema

- +/- Hauptautorin K. M. Connell hat bereits an anderen Studien bezüglich Brandverletzungen gearbeitet, es scheint aber, dass diese Studien aufeinander aufbauen, was die Glaubwürdigkeit beeinflussen könnte
- Es sind keine Informationen zur Co-Autorin/ zum Co-Autor R. Coates vorhanden
- + F. M. Woods erscheint bei vielen Artikeln bezüglich Brandverletzungen, Arbeitsort scheint eine Forschungsstelle für Brandverletzungen an der University of Western Australian und auf einer Brandverletztenstation in Royal Perth Hospital zu sein.

Triangulation

- + Die Daten aus den Interviews werden von zwei Personen (Hauptautorin und wissenschaftliche Mitarbeiterin) unabhängig voneinander bearbeitet, danach verglichen, diskutiert und verfeinert so ihre Daten

“peer debriefing“

- + vgl. Notizen zur Triangulation, durch die separate Bearbeitung ist die Gefahr kleiner, dass wichtige Aspekte verloren gehen

“member checking“

- es wurde kein «member checking» durchgeführt
- + die Teilnehmerinnen hatten die Möglichkeit, sich nach dem Interview erneut bei den Forschenden zu melden, um mögliche weitere Gedanken und

Überlegungen einzubringen

Negativ- oder Kontrastfälle

- +/- nicht durchgeführt → phänomenologische Studien müssen jedoch auch keine Datensättigung erreichen
- + es werden die Limitations ausführlich besprochen
- Limitations haben aber keinen Einfluss auf die Ergebnisse und das Erstellen des Modells, was etwas störend wirkt

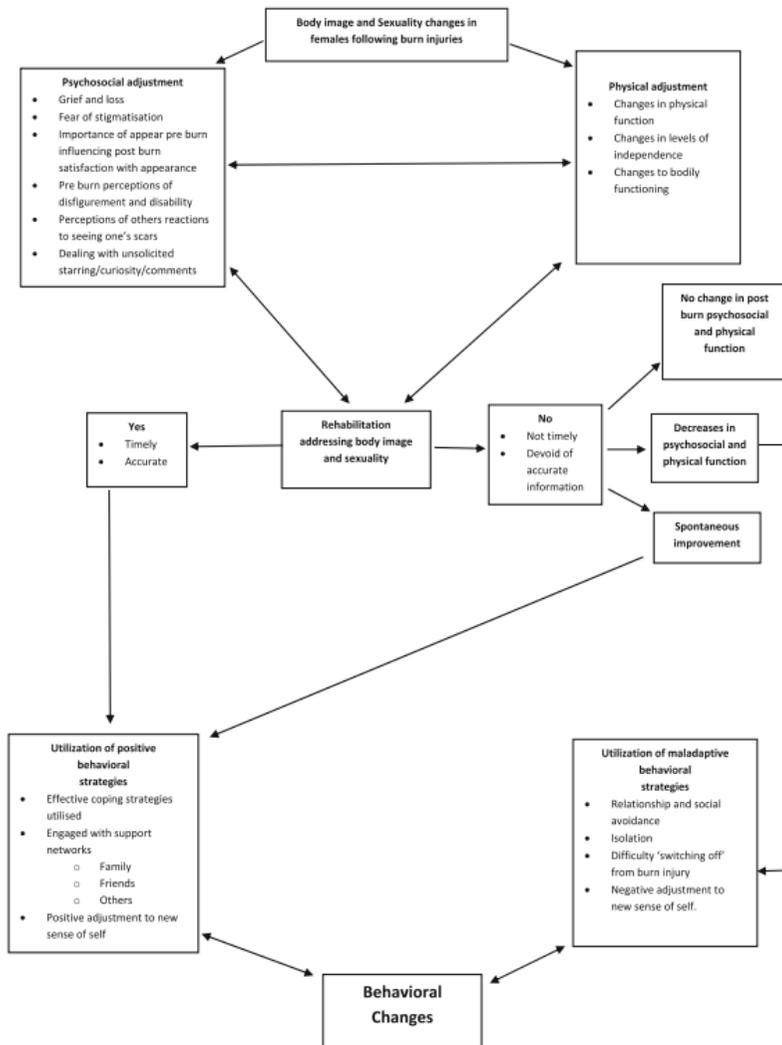
Transferability (Übertragbarkeit)

- + Der Ergebnisteil ist gut gegliedert und übersichtlich gestaltet
- + die gesetzten Übertitel scheinen sinnvoll und vollständig zu sein
- Der Ergebnisteil wird mit bestehender Literatur ergänzt, was in den Diskussionsteil gehören würde
- die Güte des erstellten Modells wird nicht besprochen
- +/- keine Generalisierung erreicht (vgl. Limitations), dies wird jedoch nicht wirklich angesprochen und trotz allem ein Modell hergestellt

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der 6-S-Pyramide von DiCenso et al. (2009), da es sich um Primärliteratur (eine datenbasierte Arbeit) handelt.

Abbildung 1. Modell - Anpassungen des Körperbilds und der Sexualität nach einer Brandverletzung (Connell et al., 2015)



Anhang B3a: AICA Klinge et al. (2009)

Zusammenfassung des Reviews

Psychological adjustments made by postburn injury patients: An integrative literature review.

Klinge, K., Chamberlain, D. J., Redden, M. und King, L. (2009).

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problem Es geht um die Variablen/ Ursachen, die Patienten und Patientinnen zu einer signifikanten psychischen Fehlanpassung nach einer Brandverletzung neigen lassen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen Der Fokus auf psychiatrische Erkrankungen und das Wohlergehen von Verbrennungspatienten und Verbrennungspatientinnen hat an Wichtigkeit gewonnen, seit die Mortalität gesunken ist. Viele Studien zeigen bereits auf, dass Betroffene an psychischen Langzeitkomplikationen nach einer Brandverletzung leiden. Vorbestehende Studien zeigten, dass psychische Fehlanpassungen mit prä-morbider Psychopathologie, der Dauer der Hospitalisation und sozioökonomischen Variablen assoziiert sind. Frauen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit als</p>	<p>Ansatz/Design und Begründung Das Design des Literaturreviews wurde gewählt. Diese Methode versucht, die vorhandenen Daten durch die Synthese von bestehenden Forschungsinformationen zusammenzufassen.</p> <p>Im Titel wird genannt, dass es sich um ein integratives Review handelt. Es handelt sich auf Deutsch jedoch um ein systematisches Review, da sich die Begründung von integrativen Reviews im angloamerikanischen und deutschsprachigen Raum unterscheidet.</p> <p>Literatursuche und Auswahl der geeigneten Literatur Die Literatursuche erfolgte in den Datenbanken MEDLINE, CNAHL und PsycINFO durchgeführt. Es wurden die Keywords <i>psychological, psychosocial, premorbid psychopathology, reintegration, body image, depression, coping, nursing</i> und <i>literature review</i> verwendet, die mit dem Keyword <i>burn injury</i> verknüpft wurden. Dazu kamen Handsuchen von relevanter Pflege-, Medizin- und psychologischer Literatur und die</p>	<p>Es wurden sechs Variablen identifiziert, die die Anpassung nach einer Verbrennung beeinflussen:</p> <p>Psychischer Status vor der Brandverletzung Brandverletzte haben eine höhere Inzidenz an vorbestehenden psychiatrischen Erkrankungen als die Allgemeinbevölkerung (Fauerbach et al., 1997). Das Vorhandensein von vorbestehenden psychiatrischen Erkrankungen erhöht das Risiko für psychische Fehlanpassungen nach Brandverletzungen (Noronha und Faust, 2006). Eine Studie stellte fest, dass Interventionen, um Stress im Spital zu reduzieren und das Wohlbefinden zu fördern gleich wirksam für die Genesung sind, wie operative Eingriffe (Fauerbach et al., 2005). Isoliertheit und Angst wurden von Patienten und Patientinnen als Komponenten von Stress im Spital identifiziert (Fauerbach et al., 2007). Angst sagte eine Erhöhung der Fatigue voraus, während Depression mehr Schmerzen und eine reduzierte körperliche Funktion anzeigte (Edwards et al., 2007). Es war ein Teufelskreis zu sehen, da starke Schmerzen und Fatigue erhöhte Angst und Depression voraussagten (Edwards et al., 2007).</p> <p>Beruflicher Status vor der Verbrennung Arbeitslosigkeit zur Zeit der Verbrennung, gekoppelt mit vorbestehenden Faktoren</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Das Review hat sechs Einflussfaktoren auf die Anpassung nach einer Verbrennung gefunden: Psychischer Status vor der Brandverletzung, Beruflicher Status vor der Verbrennung, Persönlichkeit und Bewältigungsstil, Effektivität von Unterstützungs-Netzwerken, Verbrennungscharakteristika und Gender. Die Resultate der eingeschlossenen Studien beinhalten zum Teil widersprüchliche Aussagen. Die komplexen Einflussfaktoren auf die psychische Anpassung sind noch nicht komplett bekannt und deswegen schlecht verstanden. Die vielfältigen Reaktionen auf eine Brandverletzung und auf die psychischen Probleme, die die Anpassung betreffen, machen es schwierig, die Reaktionen eines Individuums vorauszusagen. Die Präsenz von vorbestehenden Psychopathologien, affektiven Störungen, Alkohol- und/oder Drogenmissbrauchs in der Vorgeschichte, Arbeitslosigkeit und weibliches Gender sind Risikofaktoren für psychische Probleme nach Brandverletzungen und signalisieren den Bedarf nach präventiven und unterstützenden Interventionen. Gleichzeitig müssen Trauma-Symptome und die psychischen Reaktionen auf die Verletzung „normalisiert“ werden, um es zu vermeiden, dass Stigmen mit psychologischen Interventionen verbunden werden (Colling, 2004, Wisely et al., 2007). Pflegefachpersonen können den Rehabilitationsprozess durch die Anregung und Förderung von sozialer Reintegration und Wiederaufnahme von vorherigen Aktivitäten mit möglichst kurzer Unterbrechung und durch die Implementierung von geeigneten Unterstützungsmaßnahmen unterstützt werden können.</p>

<p>Männer, psychosoziale Probleme wie Körperbildstörungen nach Verbrennungen zu erleben. Persönlichkeitseigenschaften und Bewältigungsstile, in Kombination mit situationsbezogenen Faktoren, werden assoziiert mit dem Grad der psychischen Anpassung nach Brandverletzungen. In vorbestehender Literatur werden Zivilstand, Anstellungsverhältnis, finanzielle Belastungen und inadäquate soziale Unterstützung als Risikofaktoren für psychosoziale Fehlanpassungen genannt. Die Tabelle 7 (letzte Seite des AICA Rasters) zeigt eine Zusammenfassung von häufigen psychosozialen Problemen und dem Zeitraum, in dem es wahrscheinlich ist, dass sie auftreten.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Das Ziel dieses Reviews war es, Faktoren zu identifizieren, die Verbrennungspatienten und Verbrennungspatienten für eine Fehlanpassung gefährden. Ausserdem sollte ein Betreuungsmodell entwickelt werden, um den Gesundheitsfachpersonen die Folgerscheinungen von Verbrennungen aufzuzeigen.</p>	<p>Durchsuchung von Literaturlisten ausgewählter und ähnlicher Artikeln. Die Suche wurde limitiert auf englischsprachige Studien, die zwischen Januar 1997 und Dezember 2008 publiziert wurden.</p> <p>37 Artikel wurden gefunden, wovon 20 aus dem Review ausgeschlossen wurden aus einem oder mehreren der folgenden Gründe: Die Studie fokussierte nicht auf prämorbid Variablen, die die Anpassung nach Brandverletzung beeinflussen. Die Studie fokussierte sich auf Kinder. Die Studie fokussierte sich auf die Relevanz von verschiedenen Ergebnis-Massgrössen (wie zum Beispiel Lebensqualität, Körperbild, Depressionsskalen, Hospitalisationsdauer) für Brandverletzte. Es wurden folgende 17 Studien eingeschlossen: 1. Fauerbach J.A. et al. (1997) Preburn psychiatric history affects posttrauma morbidity. 2. Fauerbach J.A. et al. (1999) Prolonged adjustment difficulties among those with acute posttrauma distress following burn injury. 3. Fauerbach J.A. et al. (2001) Barriers to employment among working-aged patients with major burn injury. 4. Fauerbach J.A. et al. (2002) Coping with body image changes following a disfiguring burn injury.</p>	<p>wird mit schlechteren psychischen Ergebnissen nach Verbrennungen in Verbindung gebracht (Fauerbach et al., 1997 und Patterson et al., 2000).</p> <p>Persönlichkeit und Bewältigungsstil Personen, die Optimismus, Extrovertiertheit, Hoffnung und den Glauben an ihre Fähigkeit, das Ergebnis zu beeinflussen, zeigen, passten sich besser an (Gilboa et al., 1999). Umgekehrt hatten Personen, die neurotische und introvertierte Persönlichkeitszüge zeigten, grössere Anpassungsschwierigkeiten (Gilboa et al., 1999).</p> <p>Effektivität von Unterstützungs-Netzwerken Die positiven Effekte einer stabilen sozialen Beziehung korrelieren mit einer verbesserten Anpassung nach Brandverletzungen (Patterson et al., 2000, Kildal, 2003, Wallis et al., 2006). Ein stabiles, unterstützendes soziales Netzwerk ist verbunden mit einem besseren Ergebnis (Costa et al, 2008 und Elijah et al., 2008). Die Qualität der Beziehung erzeugt positive Erfahrungen für Brandverletzte, erhöht das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen, um an soziale Situationen mit Fremden heranzugehen (Kildal, 2003, Noronha und Faust, 2006).</p> <p>Verbrennungscharakteristika Der Einfluss von Verbrennungsmerkmalen wird kontrovers diskutiert. Verschiedene Studien zeigten auf, dass eine Verschlimmerung von psychischen Problemen auf relativ kleine Verbrennungen folgen kann (Kleve und Robinson, 1999, Patterson et al., 2000 und Wallis et al., 2006). Mehrere Studien zeigten</p>	<p>Behandlungsprogramme sollten proaktiv und präventiv sein. Das kann erreicht werden, indem spezifische Risikofaktoren angesprochen werden und Ressourcen, die für das gewünschte Ergebnis relevant sind, gestärkt werden (Wallis et al., 2006).</p> <p>Stärken und Limitationen Es werden verschiedene Limitationen der Literatur genannt: Die Stichproben waren klein und weibliche Teilnehmende unterrepräsentiert, fehlende Informationen zu den Patienten und Patientinnen, die die Teilnahme ablehnten und die starke Abnahme von Teilnehmenden werfen Zweifel auf bezüglich eines systematischen Fehlers in den Antworten und Generalisierbarkeit der Resultate auf die breite Verbrennungs-Population. Die Verallgemeinerbarkeit ist ebenfalls limitiert durch den Hauptfokus auf entwickelte Länder. Stärken der Studie werden keine genannt.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis Es wird ein Betreuungsmodell vorgeschlagen (am Ende des AICA Rasters zu finden, Abbildung 2), das allerdings noch eine Evaluation bezüglich Validität und ökonomische Durchführbarkeit braucht. Zuerst sollten alle Patienten und Patientinnen routinemässig einem psychologischen Screening unterzogen werden, das ein Screening von Persönlichkeitseigenschaften und eine Bestimmung der momentanen psychischen Belastung beinhaltet. Die Aufzählung 2, auf der nächsten Seite listet alle Assessment-Tools auf, die in den Studien verwendet wurden.</p> <p>Tabelle 7 <i>Aufzählung von Assessmenttools (Klinge et al., 2009)</i></p>
--	--	---	--

<p>Begründung Forschungsbedarf Psychische Folgeerscheinungen von Brandverletzungen sind gut dokumentiert, aber Variablen, die die Anpassung an eine Brandverletzung beeinflussen, wurden in der bisherigen Forschung zu wenig berücksichtigt. Es ist essentiell, Risikofaktoren für psychische Fehlanpassungen zu identifizieren, um präventive und rehabilitative Strategien einführen zu können.</p>	<p>5. Fauerbach J.A. et al. (2005) Burden of burn: a norm-based inquiry into the influence of burn size and distress on recovery of physical and psychosocial function. 6. Fauerbach J.A. et al. (2007) Psychological distress after major burn injury. 7. Gilboa D. et al. (1999) Personality traits and psychosocial adjustment of patients with burns. 8. Kildal M. (2003) Perceived physical and psychological outcome after severe burn injury. 9. Kleve L. und Robinson E. (1999) A survey of psychological need amongst adult burn-injured patients. 10. Lawrence J.W. und Fauerbach J.A. (2003) Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. 11. Lawrence J.W. et al. (2004) Visible vs. hidden scars and their relation to body esteem. 12. Patterson D.R. und Ford G.R. (2000) Burn injuries. In Handbook of Rehabilitation Psychology (Frank R.G. & Elliott T.R., eds), American Psychological Association, Washington, DC. 13. Tedstone J.E. et al. (1998) An investigation of the factors associated with an increased risk of psychological morbidity in burn injured patients.</p>	<p>keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Verbrennungsschwere und dem Ausmass der psychischen Dysfunktion (Fauerbach et al., 2005, Fauerbach et al., 2002 und Wallis et al., 2006, Lawrence et al., 2004). Im Gegensatz dazu steht eine Studie von Noronha und Faust (2006), die herausgefunden haben, dass die Lokation und Sichtbarkeit von Narben am stärksten mit der psychischen Anpassung korrelierten. Thombs et al. (2008) stimmen damit überein, sie zeigen, dass das Ausmass der Verbrennung, weibliches Gender und subjektive Wichtigkeit des Aussehens Risikofaktoren sind für die Entwicklung einer Körperbild-Unzufriedenheit. Ein wichtiger Faktor bei diesen entgegengesetzten Aussagen könnte das Artefakt sein, dass verschiedene verbrennungsspezifische Variablen in eine Einflusskategorie zusammengefasst wurden. Es könnte auch an unterschiedlichen Messverfahren liegen.</p> <p>Gender Kleeve und Robinson (1999), Kildal (2003) und Thombs et al. (2008) deuten an, dass, abhängig von der Lokalisation und Sichtbarkeit von Narben, Frauen grössere und länger andauernde psychische Fehlanpassungen bezüglich verändertem Körperbild und sexueller Dysfunktion erleben als Männer. Weibliches Gender prädisponiert zu grösserer Körperbild-Unzufriedenheit und damit verbundener sexueller Dysfunktion, tieferem Selbstwertgefühl und erhöhter Angst (Fauerbach et al., 1999, Kleve & Robinson, 1999, Kildal, 2003, Thombs et al., 2008). Der Einfluss des Genders auf die psychosoziale Anpassung ist noch nicht ganz geklärt, da meist mehrere Faktoren</p>	<p>Table 3 Psychological assessment tools collated from the studies in this review</p> <hr/> <p>Psychological assessment tools</p> <hr/> <p>Acute Stress Reaction Questionnaire (SASQR) Alcohol and Drug CAGE Questionnaire Scales Beck Depression Inventory (BDI) Body Esteem Scale for Adolescent and Adults Importance of Appearance Brief Symptom Inventory Burn Characteristics Questionnaire Burns Psychology Assessment Tool (BPAT) Burn Specific Health Scale (Brief) (BSHS-B) Burn Specific Health Scale (BSHS-A and BSHS-R) Coping with Burns Questionnaire (CBQ) Chronic Stress Scale (CSS) COPE and Brief COPE Davidson Trauma Scale (DTS) Freiburg Questionnaire of Coping with Illness Functional Independence Measure (FIM) General Self-Efficacy Scale (GSE) General Health Questionnaire Symptoms Checklist 90-R Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD5) Impact of event scale (IES) Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) Interpersonal Support Evaluation List-12Q version Life Orientation Test (LOT) Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ-IA) NEO Personality Inventory NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) model Penn Inventory (PENN) (measures symptoms of PTSD) Perceived Stigmatization Questionnaire Post-traumatic Stress Disorder Symptom Scale (PSS); Psychopathology (SCID-NP) Quality of life (Burn Specific Health Scale) Satisfaction with appearance (SWAP) Satisfaction with Life Scale (SWLS) Short Form 36 Health Survey (SF-36) – measure of quality of life Stanford Life Orientation Test (LOT) Social Comfort Questionnaire Social Support Questionnaire Structured clinical interview for DSM-III-R Swedish Universities Scale of Personality (SSP)</p> <hr/> <p>PTSD, post-traumatic stress disorder; NEO, neuroticism–extraversion–openness; DSM-III-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition revision; BSHS-A, Burn Specific Health Scale – abbreviated; BSHS-R, Burn-Specific Health Scale – Revised; CAGE, cut-annoyed-guilty-eye acronym; SCID-NP, Structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders - non-patient edition.</p> <p>Dieses routinemässige Screening wird es vereinfachen, „Risiko-Personen“ zu identifizieren und spezialisierte frühe Interventionen einzuleiten. Betroffene mit Risikofaktoren sollten spezielle Pflege und Betreuung erhalten, um die Komorbiditäten zu behandeln, die wahrscheinlich die normale psychische Reaktion auf eine</p>
---	---	--	---

	<p>14. Thombs B. et al. (2008) From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. 15. Wallis H. et al. (2006) Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. 16. Wikehult B. et al. (2005) Use of healthcare a long time after severe burn injury: relation to perceived health and personality characteristics. 17. Wisely J.A. et al. (2007) Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients.</p> <p>Methodologische Reflexion Es wird keine Reflexion des Vorgehens vorgenommen.</p> <p>Datenanalyse Alle Studien wurden mittels desselben Evaluations-Tools für quantitative Studien beurteilt.</p>	<p>bei einer Fehlanpassung mitspielen, die eng mit dem Gender verknüpft sein könnten.</p>	<p>Verbrennung verstärken. Der Level der Interventionen sollte auf den wahrgenommenen oder identifizierten Bedürfnissen der betroffenen Person fundiert sein. Die Rehabilitationsziele sollten gemeinsam vom Patient oder der Patientin, ihrem Unterstützungsnetzwerk und dem Case Manager gesetzt werden (Cohen und Cesta, 2005). Die Rolle eines Case Managers ist es, den Rehabilitationsprozess zu lenken, sicherzustellen, dass der Patient oder die Patientin realistische Erwartungen an die Behandlung hat und den Übergang vom Akutsetting auf zuhause zu vereinfachen (Cohen und Cesta, 2005). Trotz diversen Limitationen können Schlussfolgerungen über Einflussfaktoren auf die psychische Anpassung nach Brandverletzungen gezogen werden. Das Review hebt hervor, dass Heterogenität und Komorbidität Schlüssel-Charakteristiken dieser Patientengruppe sind und dass diese Diversität einzigartige Herausforderungen an Pflegefachpersonen stellt. Die Notwendigkeit eines abgestuften Behandlungs-Ansatzes mit einer Bandbreite von Pflege und Betreuung und psychologischen Fähigkeiten, die verschiedenen Bedürfnisse jeder Person anzusprechen, wird durch dieses Review bestätigt. Um diesen Prozess zu vereinfachen, können Patienten und Patientinnen aufgrund von vorbestimmten Risikofaktoren kategorisiert werden und ein geeignetes Pflege- und Betreuungslevel eingeleitet werden.</p>
--	---	---	---

Evidenzlage:

Es handelt sich um ein Review, welches sich auf der zweituntersten Stufe der 6-S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) «Synopses of Studies» befindet.

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

Tabelle 8

Psychische Problembereiche in drei Phasen (Klinge et al., 2009)

Zeitpunkte	Akut (erste drei Monate)	Chronisch (4.- 6. Monat)	Verspätet (ab dem 6. Monat)
Psychische Problembereiche			
Schläfrigkeit	x		
Verwirrung	x		
Delirium	x		
Psychosen	x		
Schmerzen	x	x	x
Depressionen	x	x	x
Angststörungen	x		
Aggressionen	x	x	x
Dissoziationen	x	x	x
Phobien	x		
Schlafstörungen, Alpträume	x		
Furcht vor weiteren Operationen	x		
prämorbidem Auftreten von Psychopathologien	x		
störendes Verhalten	x		
Schwierigkeiten mit Erscheinungsbild		x	
Verzweiflung		x	
Trauer		x	
Verleugnung		x	
Schuld		x	
Abnahme Selbstbewusstsein		x	x
finanzielle Auswirkungen		x	
Schwierigkeiten beruflicher Wiedereinstieg		x	x
akutes Belastungssyndrom		x	
emotionale Labilität			x
Posttraumatische Belastungsstörung			x
Vermeidungshaltung			x
Lebensqualität nimmt ab			x
soziale Isolation			x

Abbildung 2. Betreuungsmodell (Klinge et al., 2009)

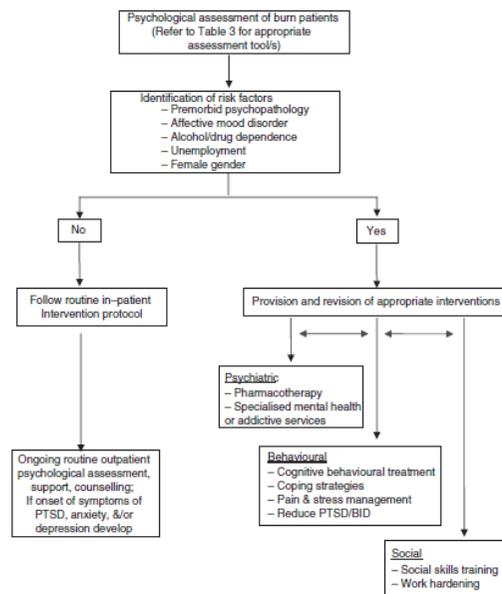


Figure 1 Proposed model of care: physical assessment after burn injury (PTSD, post-traumatic stress disorder; BID, burns injury distress).

Anhang B3b: CASP Klinge et al. (2009)

Referenz: Klinge, K., Chamberlain, D. J., Redden, M., & King, L. (2009). Psychological adjustments made by postburn injury patients: An integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2274–2292. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05138.x>

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): Making Sense Of Evidence

10 Questions to Help You Make Sense of Reviews

How to Use This Appraisal Tool

- Three broad issues need to be considered when appraising the report of a systematic review:
 - Is the study valid?
 - What are the results?
 - Will the results help locally?
- The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically.
- The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions.
- You are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question.
- These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question?
 Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the question is 'focused' in terms of:

- the population studied
- the intervention given or exposure
- the outcomes considered

2. Did the review include the right type of study?
 Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the included studies:

- address the review's question
- have an appropriate study design

Ziel und Richtung der Studie ist bekannt.
 Ausformulierte Fragestellung ist bei integrativen Reviews aber nicht notwendig

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?
 Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- the results of each study are clearly displayed
- the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity)
- the reasons for any variations in results are discussed

6. How are the results presented and what is the main result?

Präsentation und Diskussion über Ergebnisse scheint reflektiert zu sein

6 Variablen identifiziert --> Ergebnisse der unterschiedlichen Studien in diese Gruppen eingeteilt und so übersichtlich dargestellt
 Variablen: psychologischer Status vor der Brandverletzung, beruflicher Status vor der Brandverletzung, Persönlichkeit und Bewältigungsstil, Effektivität von unterstützenden Netzwerken, Charakteristika der Brandverletzung, Gender

Is it worth continuing?

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies?
 Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- which bibliographic databases were used
- if there was follow-up from reference lists
- if there was personal contact with experts
- if the reviewers searched for unpublished studies
- if the reviewers searched for non-English-language studies

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?
 Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included. Look for:
 - a scoring system
 - more than one assessor

Ausführliche Literatur-recherche in 3 Datenbanken und Schneeball-prinzip, nachvollziehbar beschrieben
 gleiches Evaluations-tool wurde für alle eingeschlossenen Studien verwendet

HINT: Consider:

- how the results are expressed (e.g. odds ratio, relative risk, etc.)
- how large this size of result is and how meaningful it is
- how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence

Schwierig zu beurteilen, da die Studien nicht im Anhang verfügbar sind. Es scheint jedoch in sich vollständig und sinnvoll.

7. How precise are these results?

Aussagen der einzelnen Studien wurden verglichen, sie sind einigermassen deckungsgleich. Da es sich um unterschiedliche Studien handelt, können keine quantitativen Messverfahren verwendet werden, weil sie sich nicht gut vergleichen lassen.

- HINT: Consider:
- o if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit?
 - o if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable

Vermutlich ja, Can the results be applied to the local population?

da sich die Angaben der unterschiedlichen Studien decken. Ausserdem sind die Ergebnisse mit Resultaten aus anderen Studien vergleichbar.

Yes Can't Tell No

- HINT: Consider whether:
- o the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results
 - o your local setting differs much from that of the review
 - o you can provide the same intervention in your setting

9. Were all important outcomes considered?

Yes Can't Tell No

- HINT: Consider outcomes from the point of view of the:
- o individual
 - o policy makers and professionals
 - o family/carers
 - o wider community

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?

Yes Can't Tell No

- HINT: Consider:
- o whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost. If this information is not reported can it be filled in from elsewhere?

Die Studie sagt aus, dass Pflegefachpersonen die genannten Risikobereiche direkt mit den Betroffenen besprechen sollen, um so Ressourcen zu fördern, die den Reha-Prozess unterstützen können.

Es wird ein Betreuungsmodell entwickelt. Die psychosozialen Faktoren, welche eine Rolle spielen werden mit unterschiedlicher Literatur zusammengetragen und dargestellt.

Jedoch müssen spezifische Aspekte des Schweizer Gesundheits- und Sozialsystems berücksichtigt werden (tiefe Arbeitslosenquote, gute ALV, IV, etc.)

© Public Health Resource Unit, England (2006). All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without the prior written permission of the Public Health Resource Unit. If permission is given, then copies must include this statement together with the words "© Public Health Resource Unit, England 2006". However, NHS organisations may reproduce or use the publication for non-commercial educational purposes provided the source is acknowledged.

Weitere Kommentare:

- + Thema ist pflegerelevant und passend für die Bachelorarbeit
- + Vorhandene Literatur wird für eine theoretische Einbettung verwendet
- + Wichtigkeit der Arbeit wird begründet
- + Design ist passend zum Ziel des Reviews
- + Einschlussverfahren ist nachvollziehbar dargestellt
- +/- keine methodologische Reflexion, Vorgehen aber passend zum Design
- +/- Ethik wird nicht diskutiert, auch nicht notwendig bei Review
- + Referenz der unterschiedlichen Aussagen sind durchwegs angegeben
- + Gegenüberstellung bei Diskrepanzen und Erklärungsversuch
- + Diskussion der Ergebnisse mit Einbezug weiterer Literatur
- + Limitationen werden diskutiert
- keine Stärken genannt
- in Diskussion werden Aspekte besprochen, welche im Resultateteil nicht besprochen wurden
- + Praxistransfer mit Betreuungsmodell und weiterführenden Hinweisen gut ausgearbeitet

Anhang B4a: AICA Kornhaber et al. (2014)

Zusammenfassung des Reviews

Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: An integrative review

Kornhaber, R., Wilson, A., Abu-Qamar, M.Z. und McLean, L. (2014)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problem Die Rehabilitation ist ein wichtiger und gleichzeitig sehr kritischer Faktor während der Heilungsphase einer schweren Brandverletzung. Denn das Erkennen der Bedürfnisse von Brandverletzten und das Fördern dieser, ist der Schlüssel zum Erreichen grösstmöglicher Selbstständigkeit.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen Die physischen und psychischen Auswirkungen einer schweren Brandverletzung sind eher gross und langfristig. Es gibt viel Literatur über Brandverletzte in der Rehabilitation, diese beschränkt sich jedoch oft nur auf Komplikationen und sind oft qualitativ. Literatur, welche sich mit dem Erleben einer Rehabilitation von Brandverletzungen befasst gibt es nur wenig.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel</p>	<p>Ansatz/ Design und Begründung Es handelt sich um ein systematisches Review, obwohl im Titel des Reviews „integrative review“ steht. Diese Diskrepanz entstand aufgrund Unterschiedlichen Gebrauchs von „integrativ“ im Anglo-Amerikanischen- Raum und dem deutschen Sprachgebrauch. Ansatz wurde nicht begründet.</p> <p>Literatursuche und Auswahl der geeigneten Literatur Die Literatursuche wurde auf sechs Datenbanken mit Bool'schen Operatoren und Keywords durchgeführt. Ausserdem wurde das Schneeballprinzip bei gefundenen Artikel angewandt und weitere zusätzliche Artikel zu identifizieren. Alle ausgewählten Artikel (Originalstudien, Reviews und Dissertatio-</p>	<p>Charakteristika der Studien Die gefundenen Artikel decken unterschiedliche Bereiche wie Peer Support, Adhärenz bezüglich der Therapie, die Rückkehr ins Arbeitsleben, psychosoziale Auswirkungen, Lebensqualität, Anpassung und Coping, Wiedererlangen von Unabhängigkeit und der Reintegration in die Gesellschaft. Die Studien stammten aus unterschiedlichen Ländern: Australien (1 Studie), Brasilien (4), China (1), United States of America (USA) (2), Norwegen (2), Schweden (2), Deutschland (1) und United Kingdom (UK) (1). Die befragten Patientinnen und Patient waren zwischen 18 und 74 Jahre alt, die verbrannte Körperoberfläche variierte zwischen 1% und 98%. Alle Studien, ausser eine, hatten mehr Männer, als Frauen in ihren Kontrollgruppen.</p> <p>Der Einfluss von Unterstützung In allen 14 Artikeln wurde Unterstützung beschrieben. <u>Familie und Freunde</u> Soziale und physische Unterstützung von Familien und Freunden wurde in allen Artikeln beschrieben. In der Studie von Rossi et al. (2009) wurde von einem Teilnehmenden beschrieben, dass der familiäre Support ihn bestärke weiter zu machen. Die Studie von Moi et al. (2008) beschreibt ausserdem, dass Familie und Freunde die Brandverletzten motivieren konnten. Zwei Studien (Badger et al., 2010 und Ciofi-Silva, 2010) beschrieben aber auch Schwierigkeiten im Umgang mit Familienangehörigen und Freunden. In der Studie von Badger et al. (2010) beschrieb ein Brandverletzter, dass er durch die Brandverletzung viele Freunde verloren habe. Die Studie von Na (2008) zeigte negative Ereignisse mit Bekannten und Freunden auf, um so die Unterstützung völlig Fremder als Kontrast zu zeigen. <u>Professionelle Hilfe</u> In diversen Studien, wurde ein Mangel von Wissen über die Patientenedukation bezüglich Therapie und Wundmanagement festgestellt (Oster et al, 2010, Ripper et al., 2009 und Dahl et al., 2012). Ein Befragter aus der Studie von Dahl et al. (2012) beschrieb, diesen Mangel und</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Es fand keine Diskussion an sich in einem Diskussionsteil statt, da die Gegenüberstellung von Resultaten beim Review bereits im Teil der Ergebnisse stattfand.</p> <p>Limitation Die Autoren des vorliegenden Reviews beschreiben, dass sie nur wenige Artikel verwenden konnten. Ausserdem nutzten zwei Studien die gleiche Patientengruppe. Das ausschliessen von quantitativen Studien wird durch die Autoren diskutiert, ihnen war jedoch eine Kongruenz und Vergleichbarkeit der Daten zentraler, als die Fülle von Studien. Der grösste Teil der Teilnehmenden aus allen Studien waren Männer, dies deckt sich mit Erkenntnissen aus anderen Studien (Na, 2008 und Kara et al., 2008). Die gefundenen Resultate lassen sich womöglich nicht in andere Bereiche der Rehabilitation übertragen. Auch ist eine Übertragbarkeit in schlecht entwickelte Länder nicht möglich (Dissanaike et al., 2009). Einige Studien sind zwar in englischer Sprache verfasst, die Interviews fanden jedoch in der Originalsprache der Brandverletzten</p>

<p>Es wird keine Forschungsfrage genannt, jedoch ein Ziel. Das Ziel dieses Review ist es die persönlichen Vorstellungen und Erfahrungen von erwachsenen Brandverletzten während der Rehabilitation zu erfassen, um so Einflussfaktoren zu verstehen.</p>	<p>nen) mussten in englischer Sprache verfasst sein, nicht älter als 10 Jahre sein (2002 bis 2012) und Brandverletzte sollten mündlich ihre Sichtweise und Erlebnisse geschildert haben. Artikel welche sich auf Selbstverbrennungs-Patienten oder psychiatrische Störungen bezogen wurden ausgeschlossen.</p> <p>Datenanalyse: Während der Durchsicht der insgesamt 17 Artikeln, wurden drei ausgeschlossen, da sie trotzdem nicht allen Einschlusskriterien entsprachen. Die folgenden 14 Artikel wurden verwendet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badger und Royse (2010) 2. Ciofi-Silva, Rossi, Dantas, Costa, Echevarria- Guanilo und Ciol (2010) 3. Costa, Rossi, Lopes und Cioffi (2008) 4. Dahl, Wickman und Wengstrom (2012) 5. Goncalves, Echevarria-Guanilo, de Carvalho, Miasso und Rossi (2011) 6. Mackey et al. (2008) 7. Moi und Gjengedal (2008) 	<p>führte den darauf zurück, dass für die Fachpersonen auf der Brandverletztenstation alle Handlungen und Massnahmen selbstverständlich waren. Die Verlegung innerhalb eines Spitals auf eine andere, nicht brandverletzte, Station oder nach Hause, wurde als kritischer Punkt entdeckt, welcher zu Unsicherheiten führte und negativ erlebt wurde, wenn die Betroffenen oder die Familie den Hauptteil der Pflege übernahm. In der Studie von Moi et al. (2008) wurde beschrieben, dass nach der Entlassung die Brandverletzten eine Verschlechterung der Wundsituation und der Mobilität zu sehen war, was zu grossem Stress führte. Na (2008) betonte, dass es wichtig war, dass sich Brandverletzte durch die Gesundheitsfachpersonen sicher aufgehoben fühlten. Wie wichtig eine gute Patientenedukation für die Adhärenz z.B. bezgl. Tragen von Kompressionskleidung ist zeigte sich in der Studie von Ripper et al. (2009). 57% der von Ripper et al. befragten Betroffenen nannten Wissensmangel bezüglich Kompressionsanzüge (2009). Ein Teilnehmer aus der Studie von Dahl et al. (2012) zeigte, wie wichtig Lob von Gesundheitsfachpersonen für die Motivation und das Selbstvertrauen Brandverletzter ist.</p> <p><u>Peer-Support</u> Badger et al. (2010) zeigten auf, dass Peer-Support zum Steigern von Hoffnung und Zuversicht führte, was durch die Resultate von Oster et al. (2010) und Williams et al. (2003) gestützt wurde. Die Glaubwürdigkeit der Behandlung wurde durch den Peer-Support gesteigert, da trotz Fachwissen die eigene Erfahrung fehlt (Badger et al., 2010).</p> <p>Coping-Strategien und Akzeptanz Coping-Strategien haben einen grossen Einfluss auf die Entwicklung und Rehabilitation von Brandverletzungen (Quelle unklar!). Die Akzeptanz des Unveränderlichen wurde oft als schwierig dargestellt (Moi et al., 2008). Schmerzen wurden oft genannt, da der Umgang damit eine spezielle Haltung benötigt, welche von einem Betroffenen in Dahl et al. (2012) dargestellt wurde. Dieser beschrieb, dass man lernen muss mit den Schmerzen zu leben und diese als Notwendigkeit zur Wundheilung sehen müsse und nicht die Erwartung haben dürfe, dass der Schmerz vollständig verschwinden würde. Depression oder Angst wurden als negative Faktoren erkannt, welche ein erfolgreiches Coping erschweren oder verunmöglichen und die Hospitalisationsdauer verlängern (Wu et al., 2009). Williams et al. (2003) beschrieb, dass Depressionen und Wutgefühle die Brandverletzten ihrer Studie gemeinsam hatten. Goncalves et al. (2011) erkannten, dass Patienten mit grösserer verbrannter Körperoberfläche (TBSA) Brandverletzungen an Händen oder im Gesicht eine grössere Wahrscheinlichkeit haben, an einer Depression</p>	<p>statt, möglicherweise sind wichtige Äusserungen beim Übersetzen verloren gegangen. Trotzdem können die Annahmen auf die Rehabilitation Brandverletzter übertragen werden.</p> <p>Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis <u>Anerkannte Ausbildung für Rehabilitationen von Brandverletzten</u> Dieses Review zeigte, dass zu wenig Fachwissen bezüglich Brandverletztenrehabilitation vorhanden ist. Die Entwicklung eines solchen Ausbildungsprogramms würde den Fachpersonen das notwendige Wissen vermitteln und bei Übungsmöglichkeiten Sicherheit und Kompetenzen verbessern. Diese Ausbildung sollte für Fachpersonal aus Rehabilitation und aus ambulanten Diensten zugänglich sein.</p> <p><u>Entwicklung eines multimedialen Ausbildungsprogrammes mit dem Ziel die Adhärenz und Kontinuität der Therapie zu fördern</u> Ein multimediales Programm sollte Patienten mit schwereren Brandverletzungen vertieftes Wissen über ihre Verletzung ermöglichen, um so die Zufriedenheit und Adhärenz zu fördern und Angst reduzieren (Finlay et al., 2012, Lo et al., 2010 und So et al., 2003). Dieses Multimedia-Packet kann eine DVD, eine CD, Bilder, Animationen, Texte oder interaktive Medien enthalten. Das Zurverfügungstellung von Infor-</p>
--	---	---	---

	<p>8. Moi, Vindenes und Gjengedal (2008) 9. Na (2008) 10. Oster, Kildal und Ekselius (2010) 11. Ripper, Renneberg, Landmann, Weigel und Germann (2009) 12. Rossi, Costa, Dantas, Ciofi-Silva und Lopes (2009) 13. Williams, Davey und Klock-Powell (2003) 14. Wu, Zhai und Liu (2009)</p> <p>Die verbliebenen 14 Artikel wurden gelesen, es wurden Themen und Zusammenhänge gesucht.</p> <p>Die gelesenen Artikel wurden nicht auf ihre methodologische Qualität untersucht und alle Resultate, welche Erfahrungen erwachsener Brandverletzter während der Rehabilitation beschrieben wurden eingeschlossen.</p> <p>Die Studien wurden synthetisiert und die Resultate in vier Themen eingeteilt: Der Einfluss von Unterstützung, Coping-Strategien und Akzeptanz, die Bedeutung der Arbeit, physische</p>	<p>zu erkranken. Ausserdem gilt die TBSA als mögliche Voraussagung für schlechtere Anpassung und schlechtere Lebensqualität (Quelle?). Dahl et al. (2012) stellten jedoch fest, dass auch Patienten mit kleineren Verbrennungen sechs Monate nach der Verletzung psychische Probleme hatten. Der psychische Zustand vor der Verletzung hat ebenfalls einen Einfluss auf die Lebensqualität und auf die Entwicklung einer Brandverletzung (Goncalves et al., 2011).</p> <p>Spiritualität und Religion wurden in unterschiedlichen Artikeln als Coping-Strategien erkannt, sie geben Kraft und Unterstützung (Williams et al., 2003, Costa et al., 2008, Rossi et al., 2009 und Ciofi-Silva et al., 2010). Das Urvertrauen in Gott wurde bei einem Patienten aus der Studie von Williams et al. (2003) durch den Unfall jedoch stark erschüttert, was die Bewältigung erschwerte. In sieben Artikeln wurde der Vergleich mit anderen und das Reframing (es hätte viel schlimmer sein können) genannt (Goncalves et al., 2011, Costa et al., 2008, Rossi et al., 2009, Dahl et al., 2012, Wu et al., 2009, Moi et al., 2008 und Na, 2008). Dieses Reframing ermöglicht den Betroffenen eine Art von Zufriedenheit und Kompensation, welche Coping und Akzeptanz der Verletzung unterstützte (Costa et al., 2008).</p> <p>Die Bedeutung der Arbeit</p> <p>In fünf unterschiedlichen Artikeln wurde die Rückkehr zur Arbeit als signifikantes Ziel der Rehabilitation angesehen (Oster et al., 2010, Mackey et al., 2009, Rossi et al., 2009, Dahl et al., 2012 und Ciofi-Silva et al., 2010). Alle Autorinnen und Autoren der Artikel zeigten klar auf, dass Brandverletzte mit Schwierigkeiten und finanziellen Auswirkungen betroffen sind. Die Absenz bei der Arbeitsstelle, die frühzeitige Pension, Schwierigkeiten beim Einleben, ungenügende Leistung, Arbeitslosigkeit sind alles Bereiche, welche von unterschiedlichen Betroffenen in diesen Artikeln angesprochen wurden.</p> <p>Als erschwerende Faktoren zur Rückkehr an den Arbeitsplatz wurden Verbrennungen an den Händen und an den oberen Extremitäten, hypertrophe Narbenbildung und Kontrakturen, Schmerzen, Hypersensivität der Haut und psychische Probleme und die Reaktion der Arbeitskollegen genannt (Oster et al., 2010, Rossi et al., 2009 und Ciofi-Silva et al., 2010). In der Studie von Mackey et al. (2009) wurde berichtet, dass einige Teilnehmer von keiner Veränderung bei der Arbeit nach der Brandverletzung, was im Gegensatz zu Erkenntnissen von Ciofi-Silva (2010) steht. Individuelle Faktoren wie positive Einstellung, Anpassung, Motivation, Ziele während der Rehabilitation und soziale Unterstützung unterstützen die Rückkehr zur Arbeitsstelle (Oster et al., 2010). Als Hindernisse wurden fehlende psychologische Unterstützung, Furcht vor</p>	<p>mationen für Brandverletzte kristallisierte sich als zentral heraus, der Zeitpunkt liess sich anhand dieses Reviews nicht erarbeiten. DVD und CDs sind vor allem für Patienten, welche nicht gut lesen können sinnvoll.</p> <p><u>Austrittsmanagement und Arbeitsrehabilitation</u></p> <p>Eine gute Zusammenarbeit zwischen Spital und Rehabilitation, Rehabilitation und ambulante Dienste oder Spital und ambulante Dienste sollte einen Austritt/Übertritt erleichtern. Können Pfleger aus ambulanten Diensten bei der Wundversorgung im Spital dabei sei, gewinnen sie Erfahrung und Sicherheit direkt bei den Patientinnen oder Patienten, welche sich später betreuen werden. Ein Follow-Up durch spezialisierte Pflegefachpersonen oder Ärzte sollte trotzdem regelmässig stattfinden. So können Verschlechterungen von Wunden, Narbenbildung und Kontrakturen erkannt werden, bevor sie grosse Probleme verursachen oder zu einer Re-Hospitalisation führen. Auch psychosoziale Probleme sollten regelmässig beachtet werden, sei es durch spezialisierte Ärzte, als auch im gesamten Behandlungsteam. Um den Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag zu ermöglichen, ist eine gute Kommunikation zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber wichtig. Dies kann durch Unterstützung und Informationen</p>
--	--	--	--

	<p>Veränderungen und Einschränkungen Methodologische Reflexion: Das Review von Goncalves et al. (2011) beinhaltet eine andere Studie aus dem vorliegenden Review: Williams et al. (2003). Die Resultate aus Goncalves, welche ursprünglich von Williams stammten, sind im vorliegenden Review Williams et al. (2003) zugeschrieben.</p>	<p>der Arbeit durch physische Einschränkungen, keine spezifisch angepasste Rehabilitation oder Training und das Warten auf weitere operative, plastische Eingriffe genannt (Oster et al., 2010 und Mackey et al., 2009). Das fehlende Fachwissen über Brandverletzungen bei nachbehandelnden Fachpersonal wurde ebenfalls als Hindernis genannt (Oster et al., 2010). Physische Veränderungen und Einschränkungen <u>Schmerzen</u> In mehreren Artikeln wurde der Schmerz als signifikanter Einflussfaktor auf den Rehabilitationsprozess genannt. Williams et al. (2003) betonte, dass die Betroffenen Schmerzen unterschiedlich erlebten. Laut Moi et al. (2008) kann der Schmerz einen Einfluss auf die Zukunftsperspektiven haben. Neben Schmerzen beschreiben Betroffene ebenfalls Hitzegefühle, Juckreiz, Kälte und stechende Schmerzen (Dahl et al., 2012). Das Tragen von Kompressionskleidung führte zu Zunahme von Schmerzen, was einen Einfluss auf die Adhärenz bezüglich der Kompressionstherapie hatte (Ripper et al., 2009). Schwierigkeiten mit der Analgesie wurde in drei Studien genannt (Dahl et al., 2012, Na, 2008 und Oster et al., 2010), vor allem die verführte Reduktion oder Absetzung der Analgesie wurden genannt. In der Studie von Na (2008) wurde von einem Patienten der negative Einfluss der Schmerzmedikation auf das Allgemeinbefinden genannt. Auch nannte ein Teilnehmer, dass Schmerzen lieber ertragen werden, als dass starke Schmerzmittel dauernd benötigt werden (Na, 2008). <u>Verändertes Aussehen</u> Das veränderte Aussehen, welches in der Literatur beschrieben wurde, bezieht sich auf die unterschiedlichen Farben der Spalthauttransplantate, der Entnahmestellen, die unterschiedlichen Farben und Dicken der Narben. Teilnehmende aus der Studie von Moi et al. (2008) nannten ihren Körper ungewohnt und nicht vertraut. Sie beschreiben es als schwierig, sich selbst anzuschauen, auch weil sie sich immer wieder an das Trauma selbst erinnern. Stigmatisation durch andere durch Starren oder Daraufzeigen wurde durch einen Teilnehmenden in der Studie von Rossi et al. (2009) genannt. Aussagen Teilnehmender der Studien von Moi et al. (2008) und Na (2008) sind ähnlich. In Ripper et al. (2009) und Mackey et al. (2009) wurden jedoch auch positive Aspekte genannt (z.B. wie ein Tattoo, aber mit besserer Geschichte) <u>Physische Einschränkungen</u></p>	<p>durch eine Fachperson erleichtert werden. <u>Entwicklung eines spitalinternen Peer-Support Programms</u> Ein offizielles Peer-Support-Programm in einem Spital ermöglicht ehemaligen Patientinnen und Patienten die „frisch“ Brandverletzten zu unterstützen. Sei es um ihnen Hoffnung und Halt zu geben oder ihnen bei psychosozialen Anpassungen zu helfen (Badger et al, 2010, Acton et al., 2009, Sproul et al., 2009 und Williams et al., 2002). Der Austausch mit einem anderen Brandverletzten kann ein Schlüsselmoment der Rehabilitation sein (Sproul et al., 2009). Die Peers, welche Brandverletzte besuchen, sollten gezielt ausgewählt sein und eine Ausbildung erhalten. Schlussfolgerung Die Unterstützung von Gesundheitsfachpersonen, Brandverletzten und deren Familie ist ein zentraler Punkt bei der Rehabilitation. Es ist wichtig, dass Brandverletzte über ihre Verletzung und die Therapie zum richtigen Zeitpunkt Informationen erhalten. Forschende fanden heraus, dass es wichtig ist, dass das Behandlungsteam die Erfahrungen und Erwartungen Brandverletzter an die Rehabilitation kennt, nur so kann eine gute und vollständige Behandlung ermöglicht werden.</p>
--	--	--	--

		<p>Hindernisse und Herausforderungen wurden in verschiedenen Studien genannt, es handelt sich um Verlust von körperlichen Fähigkeiten, Narbenbildung, Amputationen, Schwierigkeiten zu Gehen, Schwierigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Schmerzproblematik, Adhärenz bezüglich der Kompressionstherapie und Herausforderungen bezüglich Beruf und Wiedereinstieg ins Arbeitsleben. Trotz aller Einschränkungen zeigten Studien, wie Brandverletzte mit kleinen Schritten grosse Veränderungen erreichen konnten (Moi et al, 2008 und Williams et al., 2003).</p>	
--	--	--	--

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf der drittuntersten Stufe der 6-S-Pyramide von DiCenso et al. (2009), da es sich um ein systematisches Review handelt.

Anhang B4b: CASP Kornhaber et al. (2014)

Referenz: Kornhaber, R., Wilson, A., Abu-Qamar, M. Z., & McLean, L. (2014). Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: An integrative review. Burns. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2013.08.003>

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): Making Sense Of Evidence
10 Questions to Help You Make Sense of Reviews

How to Use This Appraisal Tool

- Three broad issues need to be considered when appraising the report of a systematic review:
 - Is the study valid?
 - What are the results?
 - Will the results help locally?
- The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically.
- The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions.
- You are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question.
- These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question?
 Yes Can't Tell No
 HINT: Consider if the question is 'focused' in terms of:
 ○ the population studied
 ○ the intervention given or exposure
 ○ the outcomes considered

2. Did the review include the right type of study?
 Yes Can't Tell No
 HINT: Consider if the included studies:
 ○ address the review's question
 ○ have an appropriate study design

Nein, aber Ziel ist bekannt, es sollen persönliche Erlebnisse der Brandverletzten aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen werden.

Ausführliche Literaturrecherche in 6 Datenbanken und Schneeballprinzip, nachvollziehbar beschrieben

Die Studien wurden nicht auf ihre methodologische Qualität untersucht, alle Studien, welche den Einschlusskriterien entsprachen und das Erleben beschrieben wurden eingeschlossen

Is it worth continuing?

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies?
 Yes Can't Tell No
 HINT: Consider:
 ○ which bibliographic databases were used
 ○ if there was follow-up from reference lists
 ○ if there was personal contact with experts
 ○ if the reviewers searched for unpublished studies
 ○ if the reviewers searched for non-English-language studies

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?
 Yes Can't Tell No
 HINT: Consider:
 ○ if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included. Look for:
 • a scoring system
 • more than one assessor

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?
 Yes Can't Tell No
 HINT: Consider whether:
 ○ the results of each study are clearly displayed
 ○ the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity)
 ○ the reasons for any variations in results are discussed

6. How are the results presented and what is the main result?
 4 Bereiche und 6 Untergruppen identifiziert -> Ergebnisse wurden den unterschiedlichen Gruppen zugeteilt
 Einfluss von Unterstützung (Familie und Freunde, Professionelle Unterstützung, Peer-Support)
 Coping-Strategien und Akzeptanz
 Bedeutung der Arbeit
 Physische Veränderungen und Einschränkungen (Schmerzen, verändertes Aussehen, physische Einschränkungen)
 Die Ergebnisse der Studien sind teilweise deckungsgleich oder ergänzen sich passend, auch Diskrepanzen wurden aufgezeigt und besprochen.
 Hauptaussage: Viele Bereiche welche in der Rehabilitation miteingeschlossen werden sollten und daraus resultierende Vorschläge und Interventionen.
 HINT: Consider:
 ○ how the results are expressed (e.g. odds ratio, relative risk, etc.)
 ○ how large this size of result is and how meaningful it is
 ○ how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence

Präsentation und Diskussion über Ergebnisse scheint reflektiert zu sein

7. How precise are these results?

Aussagen der einzelnen Studien wurden verglichen, sie sind einigermassen deckungsgleich. Da es sich nur um unterschiedliche Studien, ein Review und eine Disseration handelt, können keine quantitativen Messverfahren verwendet werden.

Aufgrund der vielfältigen und sehr detaillierten Resultate kann davon ausgegangen werden, dass diese präzise sind.

HINT: Consider:

- o if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit?
- o if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable

Die ausgewählte Literatur stammt aus der ganzen Welt, vorwiegend jedoch aus industrialisierten Ländern.

8. Can the results be applied to the local population?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- o the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results
- o your local setting differs much from that of the review

Beachtung sollte jedoch dem Einfluss des Genders geschenkt werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen in die Stichprobe aufgenommen.

werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen

in die Stichprobe aufgenommen.

Nur muss bei spezifischen Bereichen über das Anwendbarkeit diskutiert werden: z.B. fehlendes Fachwissen in der Rehabilitation.

In der CH ist Bellikon zuständig für die Reha von Schwerbrandverletzten, dort ist das Fachwissen vorhanden.

Das Fachwissen fehlt in der Peripherie (Aussage C.R., PT in Bellikon)

werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen in die Stichprobe aufgenommen.

Nur muss bei spezifischen Bereichen über das Anwendbarkeit diskutiert werden: z.B. fehlendes Fachwissen in der Rehabilitation.

In der CH ist Bellikon zuständig für die Reha von Schwerbrandverletzten, dort ist das Fachwissen vorhanden.

Das Fachwissen fehlt in der Peripherie (Aussage C.R., PT in Bellikon)

werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen in die Stichprobe aufgenommen.

Nur muss bei spezifischen Bereichen über das Anwendbarkeit diskutiert werden: z.B. fehlendes Fachwissen in der Rehabilitation.

In der CH ist Bellikon zuständig für die Reha von Schwerbrandverletzten, dort ist das Fachwissen vorhanden.

Das Fachwissen fehlt in der Peripherie (Aussage C.R., PT in Bellikon)

werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen in die Stichprobe aufgenommen.

Nur muss bei spezifischen Bereichen über das Anwendbarkeit diskutiert werden: z.B. fehlendes Fachwissen in der Rehabilitation.

In der CH ist Bellikon zuständig für die Reha von Schwerbrandverletzten, dort ist das Fachwissen vorhanden.

Das Fachwissen fehlt in der Peripherie (Aussage C.R., PT in Bellikon)

werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen in die Stichprobe aufgenommen.

Nur muss bei spezifischen Bereichen über das Anwendbarkeit diskutiert werden: z.B. fehlendes Fachwissen in der Rehabilitation.

In der CH ist Bellikon zuständig für die Reha von Schwerbrandverletzten, dort ist das Fachwissen vorhanden.

Das Fachwissen fehlt in der Peripherie (Aussage C.R., PT in Bellikon)

werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen in die Stichprobe aufgenommen.

Nur muss bei spezifischen Bereichen über das Anwendbarkeit diskutiert werden: z.B. fehlendes Fachwissen in der Rehabilitation.

In der CH ist Bellikon zuständig für die Reha von Schwerbrandverletzten, dort ist das Fachwissen vorhanden.

Das Fachwissen fehlt in der Peripherie (Aussage C.R., PT in Bellikon)

werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen in die Stichprobe aufgenommen.

Nur muss bei spezifischen Bereichen über das Anwendbarkeit diskutiert werden: z.B. fehlendes Fachwissen in der Rehabilitation.

In der CH ist Bellikon zuständig für die Reha von Schwerbrandverletzten, dort ist das Fachwissen vorhanden.

Das Fachwissen fehlt in der Peripherie (Aussage C.R., PT in Bellikon)

werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen in die Stichprobe aufgenommen.

Nur muss bei spezifischen Bereichen über das Anwendbarkeit diskutiert werden: z.B. fehlendes Fachwissen in der Rehabilitation.

In der CH ist Bellikon zuständig für die Reha von Schwerbrandverletzten, dort ist das Fachwissen vorhanden.

Das Fachwissen fehlt in der Peripherie (Aussage C.R., PT in Bellikon)

werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen in die Stichprobe aufgenommen.

Nur muss bei spezifischen Bereichen über das Anwendbarkeit diskutiert werden: z.B. fehlendes Fachwissen in der Rehabilitation.

In der CH ist Bellikon zuständig für die Reha von Schwerbrandverletzten, dort ist das Fachwissen vorhanden.

Das Fachwissen fehlt in der Peripherie (Aussage C.R., PT in Bellikon)

werden, in allen Studien, ausser einer wurden mehr Männer als Frauen in die Stichprobe aufgenommen.

Nur muss bei spezifischen Bereichen über das Anwendbarkeit diskutiert werden: z.B. fehlendes Fachwissen in der Rehabilitation.

In der CH ist Bellikon zuständig für die Reha von Schwerbrandverletzten, dort ist das Fachwissen vorhanden.

Das Fachwissen fehlt in der Peripherie (Aussage C.R., PT in Bellikon)

Schwierig zu beurteilen, jedoch vermutlich schon. Wie bereits beschrieben sind die Resultate vielfältig und äusserst detailliert.

9. Were all important outcomes considered?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider outcomes from the point of view of the:

- o individual
- o policy makers and professionals
- o family/carers
- o wider community

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- o whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost. If this information is not reported can it be filled in from elsewhere?

Das Review zeigt auf, dass zu wenig Fachwissen über die Rehabilitation von Brandverletzten vorhanden ist. Es sollten Ausbildungen für Fachpersonal organisiert werden. Ausserdem fehlt den Betroffenen wichtiges Fachwissen, was durch multimediale Programme verändert werden sollte. Auch sollte der Fokus mehr auf die Arbeitsrehabilitation und die Rückkehr ins Arbeitsleben gelegt werden. Peer-Support wird schlussendlich als letzte mögliche Veränderung genannt.

Weitere Kommentare:

- + Thema ist pflegerelevant und passend für die Bachelorarbeit
- + Vorhandene Literatur wird für eine theoretische Einbettung verwendet
- + Wichtigkeit der Arbeit wird begründet
- + Design ist passend zum Ziel des Reviews
- + Einschlussverfahren ist nachvollziehbar dargestellt
- +/- Es wird ein Review miteingeschlossen, welches bereits eine andere eingeschlossene Studie beinhaltet. Dies wird aber diskutiert und Aussagen der Studie immer der Studie und nicht dem Review zugeordnet.
- +/- keine methodologische Reflexion, Vorgehen aber passend zum Design
- +/- Ethik wird nicht diskutiert, auch nicht notwendig bei Review
- + Referenz der unterschiedlichen Aussagen sind mit wenigen Ausnahmen angegeben (unklare Aussagen sind auch in der Zusammenfassung von AICA ersichtlich)
- + Gegenüberstellung bei Diskrepanzen und Erklärungsversuche
- +/- keine wirkliche Diskussion der Ergebnisse, weil diese bereits im Ergebnisteil einander gegenübergestellt und diskutiert werden.
- +/- Diskussionsteil eher über Limitationen, Stärken und Empfehlungen, jedoch mit Einbezug weiterer Literatur
- + Limitationen werden diskutiert
- + keine Stärken genannt
- +/- Praxistransfer mit konkreten Vorschlägen gut ausgearbeitet, könnte mit weiteren Punkten aus dem Ergebnisteil noch genauer ergänzt und vervollständigt werden

Anhang B5: AICA McLean et al. (2015)

Zusammenfassung der Studie

The patient–body relationship and the “lived experience” of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment

McLean, L. M., Rogers, V., Kornhaber, R., Proctor, M. T., Kwiet, J., Streimer, J. und Vanderord, J. (2015).

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problem Eine Gesichtsverbrennung zu erleben, ist eine verheerende und traumatisierende Verletzung. Patienten und Patientinnen mit Gesichtsverbrennungen fanden es schmerzhaft und belastend, sich ihrer veränderten Erscheinung bewusst zu werden und sie zu sehen (Shepherd, Tattersall, & Buchanan, 2014, Gullick, Taggart, Johnston, & Ko, 2014, Kornhaber, Wilson, & Abu-Qamar, 2014).</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen Das Gesicht einer Person ist der Mittelpunkt der zwischenmenschlichen Kommunikation, da es eine wichtige Einsicht in die Identität, das Alter, den soziokulturellen Hintergrund und emotionalen Status eines Menschen gibt. Das Gesicht ermöglicht einen Grossteil der non-</p>	<p>Ansatz/Design und Begründung Die Studie nutzte ein deskriptives phänomenologisches Design, fundiert auf Colaizzi’s Methode der Datenanalyse. Dieses Design erlaubt ein vertieftes Verständnis der „gelebten Erfahrung“ der Teilnehmenden.</p> <p>Stichprobe Die Studie wurde auf einer Verbrennungsstation in einem Spital in New South Wales in Australien durchgeführt. Diese Station betreut Patienten und Patientinnen mit schweren Verbrennungen aus grossstädtischen, ländlichen und abgeschiedenen Bereichen von New South Wales. Im ersten Halbjahr 2011 wurden die Studienteilnehmenden zielgerichtet ausgewählt. Durch das zielgerichtete Sampling konnte eine repräsentative Stichprobe gezogen werden. Die Patienten und Patientinnen mussten mindestens 18-jährig sein, eine Gesichtsverbrennung irgendeiner Stärke erlitten haben, die Einverständniserklärung unterschreiben und Englisch lesen und sprechen können. Betroffene mit einem gegenwärtigen Delirium, einer intellektuellen Behinderung oder einer groben kognitiven Beeinträchtigung wurden ausgeschlossen, weil dadurch ihr Vermögen, ihre Erfahrungen mitzuteilen, beeinflusst gewesen wäre. Patienten und Patientinnen mit oberflächlichen Verbrennungen wurden eingeschlossen, da die Veränderungen im Aussehen des Gesichts signifikant sein und Belastungen verursachen können. Mitglieder des multidisziplinären Verbrennungsteams identifizierten potentielle Teilnehmende</p>	<p>Die Ergebnisse wurden sortiert in drei Oberthemen und zehn <u>Unterthemen</u>.</p> <p>Beziehung zu sich selbst und anderen <u>Frühe Veränderungen im Selbstbild und erhöhtes Körperbewusstsein</u> Alle Teilnehmenden berichteten (direkt oder indirekt) von Veränderungen, wie sie sich selbst sahen und in der Beziehung mit ihren Körpern. Einige dieser Veränderungen schienen direkt mit der Verbrennung zu tun zu haben und andere schienen das Resultat von Reflexionen nach der Verbrennungserfahrung zu sein. Frauen äusserten eine Belastung wegen ihres veränderten Aussehens, während Männer eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber ihren Körpern als Ganzes angaben.</p> <p><u>Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen</u> Es wurden vor allem positive Veränderungen in den Beziehungen genannt: Die Teilnehmenden beschrieben ein er-</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Der Umgang mit einem veränderten Erscheinungsbild ist eine wichtige Herausforderung. Dass Frauen durch ihr verändertes Aussehen belastet waren, wird bereits in vorbestehender Literatur erwähnt. Das umfassendere Körperbewusstsein von Männern wird gespiegelt in einer Studie, die die Erfahrung des Lebens nach einer Verbrennung untersucht. Wichtig war, dass die Veränderungen im Gesicht und Körper nur ein Aspekt der Herausforderung waren, die traumatischen Erfahrungen zu integrieren. Die Erfahrung eines Delirs und auf einer Intensivstation gepflegt zu werden, war eine weitere traumatische Erfahrung für einige Patienten und Patientinnen. Die verzerrte Erinnerung an Ereignisse vermischte die traumatischen Erinnerungen und Phantasie. Die Teilnehmenden machten klar, dass es eine Herausforderung darstellt, den Unfall in ihre Identität zu integrieren. Das Vorhandensein von vorbestehenden physischen und/oder psychischen Traumata bei allen Teilnehmenden war ein wichtiges und anfangs überraschendes Ergebnis. Im Vergleich mit der Literatur stellte sich heraus, dass vorherige Artikel bereits andeuteten, dass vorbestehende Traumata ein wichtiges Phänomen bei Betroffenen sein könnte. Die in der Literatur genannten Risikofaktoren für „Trauma-Rückfälle“ sind im Sample dieser Studie stark repräsentiert.</p>

<p>verbalen Kommunikation (Pines, 1980, Sainsbury, 2009). In vielen westlichen Gesellschaften wird das Aussehen des Gesichts als bedeutsam gewichtet, mit Attraktivität verbunden (Sainsbury, 2009) und Personen mit entstellten Gesichtern stigmatisiert (McGrouther, 1997). Ein Review über den Einfluss einer Gesichtsverbrennung auf das Körperbild hat gezeigt, dass Patienten und Patientinnen einzigartigen psychosozialen Problemen ausgesetzt sein und häufiger psychosoziale Fehlanpassungen erleben könnten, auch wenn es vermittelnde Faktoren geben könnte (Sainsbury, 2009). Wiehman und Patterson (2004) legen nahe, dass die Anpassung an eine schwere Verbrennung komplex ist und eine Interaktion zwischen prämorbidem Charakteristika, psychosozialen Umständen, dem Typ und den Eigenschaften der Verletzung, Umweltfaktoren und der medizinischen Behandlung beinhaltet. Tedstone, Tarrier, &</p>	<p>und gaben ihnen ein Informationsdokument und ein Formular zur Einverständniserklärung ab. Personen, die Interesse an einer Teilnahme bekundeten, wurden an die organisierende Forscherin weitergereicht, die sich mit jeder interessierten Person traf, die Details der Studie besprach und Daten sammelte, um herauszufinden, ob die Interessierten den Einschlusskriterien entsprachen. Es wurden zwei Frauen und vier Männer eingeschlossen, die zwischen 29 und 55 Jahre alt waren. Drei Teilnehmende erlitten ihre Verbrennung bei der Arbeit, eine Person während einer unbezahlten Arbeit in einem abgeschiedenen Setting, eine Person in der Freizeit und eine zuhause. Die Patienten und Patientinnen kamen aus verschiedenen soziokulturellen Hintergründen. Alle Teilnehmenden hatten eine sichtbare Gesichtsverbrennung zum Zeitpunkt des Interviews, die noch nicht geheilt war und im Rahmen einer schweren Brandverletzung aufgetreten war. Im Zeitfenster der Studie war nur ein Betroffener mit einer drittgradigen Gesichtsverbrennung hospitalisiert, der jedoch den Einschlusskriterien nicht entsprach.</p> <p>Datenerhebung Die sechs semistrukturierten Interviews wurden im Oktober 2011 durch die organisierende Forscherin und zwei weitere erfahrene Mitglieder des Forschungsteams durchgeführt auf dem Grundgerüst des Burns Modified Adult Attachment Interview (BMAAI), was eine Modifikation des Adult Attachment Interview (AAI) ist. Die Interviews dauerten zwischen 69 und 142 Minuten, wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert. Zusätzlich hatte jede Person ein umfassendes psychiatrisches Assessment während ihres Spitalaufenthaltes, durchgeführt durch den psychiatrischen Dienst. Das Assessment umfasste eine Überprüfung des gegenwärtigen psychiatrischen Status, sowie die psychiatrische Krankengeschichte, Dro-</p>	<p>höhtes Gefühl für die Verbundenheit mit Familie und Freunden. Zwei Teilnehmende gaben an, die Verbrennungserfahrung habe keinen Effekt auf ihre Beziehungen.</p> <p><u>Altruismus</u> Alle Teilnehmenden berichteten von Sorgen, wie der Unfall und/oder ihre Verbrennung andere Personen beeinflusst hatten oder noch beeinflussen werden. Einige Teilnehmende zeigten sogar zum Zeitpunkt des Unfalls Altruismus oder Sorgen um andere Personen, zum Beispiel Zuschauende und Familienmitglieder.</p> <p>Coping <u>Hoffnung bezüglich Erholung</u> Alle Teilnehmenden beschrieben Optimismus, dass sie sich von der Verbrennung erholen würden und dass das Leben schrittweise wieder normal werden würde.</p> <p><u>Positive Rationalisierungen, Resilienz und Reflektionen</u> Es wurden positive Aspekte des Erlebten wahrgenommen, zum Beispiel, sich selbst angesichts des Traumas als robust und resilient zu erfahren und die Erfahrung als Anstoß zur Reflexion zu nutzen. Drei Teilnehmende sagten, die Erfahrung habe ihren Wunsch, gut</p>	<p>Nebst den Herausforderungen im Umgang mit einer Gesichtsverbrennung zeigt die Studie aber auch Beispiele auf, wie Betroffene mit Humor, der Suche nach Hoffnung, Spiritualität und der Suche nach Sinn mit schwierigen Erfahrungen umgingen. Vier Teilnehmende nutzten die Religion oder Spiritualität als Bewältigungsstrategie. Bestehende Literatur sagt aus, dass Religion und Spiritualität eine wichtige Rolle bei der Lebensqualität, Copingstrategien und Sinnsuche nach einer traumatischen Erfahrung spielen. Alle Teilnehmenden berichteten, Optimismus bezüglich ihrer Erholung wahrzunehmen. Vier Teilnehmende sahen positive Aspekte der Verbrennung: Nachdenken über die Kostbarkeit des Lebens, Resilienz, Familienwerte und den erweiterten Sinn für zwischenmenschliche Verbundenheit. Bestehende Studien haben ebenfalls positive Aspekte beschrieben. Vier Teilnehmende gaben an, die Verbrennung sei der Anstoß zu wichtigen und notwendigen Änderungen im Leben gewesen, was ebenfalls in anderen Studien gezeigt wird.</p> <p>Stärken und Limitationen Der qualitative Ansatz könnte die Anwendbarkeit und Übertragbarkeit limitieren, da er weniger objektive und generalisierbare Aussagen macht. Die Studie schloss nur Patienten und Patientinnen mit oberflächlichen bis mittelschweren Verbrennungen ein. Zukünftige Studien sollten tiefere Verbrennungen einschließen und eine längere Zeitspanne nach der Verbrennung untersuchen. Die Studienteilnehmenden kamen alle aus New South Wales in Australien, weshalb die Studie nicht repräsentativ für die globale Population sein wird. Eine weitere mögliche Limitation ist es, dass die Interviews von verschiedenen Forschenden durchgeführt wurden, was eine Konstanz im Interview-Prozess verhinderte. Alle Forschenden, die</p>
--	---	---	--

<p>Faragher (1998) heben die Komplexität der Faktoren hervor, die eine Rolle spielen bei der Identifikation derjenigen Patienten und Patientinnen, die das grösste Risiko haben, eine „psychiatrische Komorbidität“ nach einer Verbrennung zu entwickeln. Verbrennungspatienten und Verbrennungspatientinnen, die ihrem Aussehen einen bedeutenden Stellenwert zuschreiben, haben ein höheres Risiko für eine schlechtere Anpassung an die physischen Veränderungen (Corry, Pruzinsky, & Rumsey, 2009, Lawrence, Fauerbach, & Thombs, 2006). Eine hohe Unzufriedenheit mit dem Körperbild ist ein wichtiger Prädiktor für die gesamte psychosoziale Funktion nach einer Brandverletzung (Corry, Pruzinsky, & Rumsey, 2009, Thombs, Notes, Lawrence, Magyar-Russell, Bresnick, & Fauerbach, 2008, Fauerbach, Heineberg, Lawrence et al., 2000).</p> <p>Forschungsfrage/Ziel</p>	<p>gen- und Alkoholgebrauch und eine Untersuchung der Persönlichkeit, Bewältigungsstile und psychosozialen Umständen. Fünf Patienten und Patientinnen wurden im stationären Setting interviewt und eine Person einige Wochen nach Entlassung, aber innerhalb von 4 Wochen nach der Verbrennung.</p> <p>Methodologische Reflexion Der deskriptive phänomenologische Ansatz wird damit begründet, dass dadurch ein vertieftes Verständnis der gelebten Erfahrung der Patienten und Patientinnen ermöglicht werden soll.</p> <p>Datenanalyse Die Erzählungen der Patienten und Patientinnen wurden untersucht mittels thematischen Analysen. Vor der Analyse wurde jedes Transkript mit der zugehörigen Audio-Aufnahme nochmals von der organisierenden Forscherin hinsichtlich Genauigkeit überprüft. Die Transkripte wurden analysiert mit Colaizzis Methode der Datenanalyse. Dabei wurden die Transkripte mehrmals gelesen und wichtige Aussagen betreffend des Forschungsphänomens extrahiert. Dann wurden sogenannte „formulated meanings“ konstruiert, das ist eine Aussage, die von den Forschenden gemacht wird und das Wesen der wichtigen Aussagen der Betroffenen erfassen soll. Aus den „formulated meanings“ wurden Themen gebildet, diese in Gruppen arrangiert und in übergeordnete, auftauchende Themen eingefügt, welche eine reiche und erschöpfende Beschreibung der gelebten Erfahrung bieten. Nach Colaizzi sollte die Beschreibung der gelebten Erfahrung den Forschungsteilnehmenden vorgelegt werden, durch sie validiert werden und allfällige neu generierte Daten in das Konstrukt eingegliedert werden.</p> <p>Dies konnte in der vorliegenden Studie aufgrund der einzigartigen Umstände der Teilnehmenden</p>	<p>und in vollen Zügen zu leben, gesteigert.</p> <p><u>Humor als Copingstrategie</u> Alle Teilnehmenden benutzten Humor zur Bewältigung von emotional beladenen und traumatischen Ereignissen. Schwarzer und selbstironischer Humor schien der meist genutzte zu sein.</p> <p>Sinnbildung <u>Wiedererzählen der traumatischen Geschichte: Furcht, Panik und psychischer Schock</u> Fünf der sechs Teilnehmenden erinnerten sich im Detail an das Gefühl von starker Furcht vor dem Tod oder Sterben, Panik und nicht fliehen oder Hilfe holen zu können. Diese Teilnehmenden berichteten von verschiedenen intrusiven Erinnerungen und Bildern in Bezug auf die Verbrennung. Eine Person erzählte auch von den Gefühlen von Terror, die sie während eines Delirs auf der Intensivpflegestation erlebt hatte.</p> <p><u>Den Grund des Unfalls suchen</u> Alle Teilnehmenden berichteten, über diverse mögliche Schuld-Zuschreibungen nachzudenken (zum Beispiel sich selbst, andere Personen, Gott, Alkohol und Unfall).</p>	<p>die Interviews durchgeführt haben, haben Erfahrung mit der Rehabilitation von Verbrennungstraumata. Zwei der Interviewenden waren Verbrennungs-Ärzte. Um die Glaubwürdigkeit zu sichern, wurden verschiedenen Massnahmen getroffen: Die Forschenden setzten sich lange mit den Transkripten auseinander, die Resultate wurden mit Zitaten belegt, es wurde ein „Audit trail“ umgesetzt bei der Codierung der Daten und bei der Datenanalyse wurden kontinuierlich Nachbesprechungen der Handlungsweisen und Entscheidungen mit den Co-Autoren durchgeführt. Die Transkripte und die Beschreibung der gelebten Erfahrung wurden nicht an die Teilnehmenden retourniert, was wichtige Korrekturen verunmöglichte. Die Teilnehmenden der Studie hatten alle vor der Verbrennung bereits ein Trauma erlebt, was zwar ein häufiges Phänomen bei Betroffenen darstellt, aber das Erleben des Unfalls stark beeinflussen kann.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis Traumatische Erfahrungen, vor allem in Kombination mit unrealen Erlebnissen (zum Beispiel im Delir) können zu einer psychischen Belastung führen, die zusätzliche psychologische Betreuung nötig macht, was auch in diversen anderen Studien genannt wurde. Vorbestehende Studien sagen aus, dass die Teilnahme in einer Peer Support Gruppe einen positiven Einfluss auf die Integration des Unfalls in die eigene Identität hat (Kornhaber, Wilson, Abu-Qamar, McLean, & Vandervord, 2015; Davis, Gorgens, Shriberg, Godleski, & Meyer, 2014, zitiert nach McLean et al., 2015, p. 384). Klinisch ist die Prävalenz von vorbestehenden Traumata ein tägliches Thema für Verbrennungs-</p>
---	---	--	---

<p>Das Ziel der Studie war es, einen grösseren Einblick in die „gelebten Erfahrungen“ von Menschen mit einer Gesichtverbrennung zu gewinnen, mit einem Fokus auf die möglichen Veränderungen in der Beziehung mit dem Körper und die frühe psychosoziale Anpassung.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf Es gibt wenig Literatur zu den spezifischen psychologischen Herausforderungen wegen Körperbildveränderungen nach einer Gesichtverbrennung.</p>	<p>nicht gemacht werden. Deshalb sichteten zwei andere Forschende die Transkripte, um die Übereinstimmung der thematischen Analyse und Interpretation der Daten zu gewährleisten. Die Themengruppen und übergeordneten Themen wurden mit einer dritten Forschenden nochmals angeschaut. Es wurde ein klarer „Audit trail“ umgesetzt bei der Codierung der Daten, die getroffenen Entscheidungen während der Studie wurden offengelegt.</p> <p>Ethik Es wurde eine ethische Genehmigung vom Ethik-Komitee des Spitals eingeholt. Potentielle Teilnehmende bekamen ein umfangreiches Informationsdokument und eine Einverständniserklärung. Die Studienteilnahme war freiwillig und Teilnehmende konnten zu jedem Zeitpunkt aus der Studie zurücktreten, ohne Auswirkungen auf ihre momentane oder zukünftige Pflege und Betreuung. Die Vertraulichkeit wurde gewährleistet durch Anonymisierung und sichere Aufbewahrung der Daten.</p>	<p><u>Geschichten von vorhergehenden Traumata</u> Alle Teilnehmenden berichteten von einem vorhergehenden physischen oder psychischen Trauma, eine Person hatte sogar schon einmal eine Verbrennung erlebt. Andere frühere traumatische Erfahrungen waren Nahtoderfahrungen, Zeuge sein beim Tod eines Familienmitglieds, Missbrauch in der Kindheit und Opfer von gewalttätiger Kriminalität zu sein.</p> <p><u>Spiritualität</u> Vier Teilnehmende zeigten, dass sie einen Sinn hinter dem Unfall suchten und versuchten, eine Bedeutung zu finden, in dem sie dem Unfall, ihrer Verbrennung und dem Genesungsprozess selber eine religiöse oder spirituelle Bedeutsamkeit zuschrieben.</p>	<p>teams und verlangt einen aufmerksamen, integrativen und individuellen Zugang zur Genesung, für die die Prinzipien der trauma-informierten Betreuung nach Kezelman und Stavropoulos (2012) relevant sind. Diese Prinzipien betonen sowohl die Konstruktion einer sicheren und gemeinschaftlichen Beziehung mit Gesundheitsfachpersonen, als auch eine verfeinerte Bewusstheit von traumatischen Gemütsverfassungen, wie sie sich in Gesundheitssettings zeigen können und wie sie den Genesungsprozess beeinflussen können. Vier Teilnehmende sahen auch positive Aspekte der Verbrennung. Dies könnten wichtige Zugänge sein, die während der Unterstützung bei der Anpassung und Erholung weiter erkundet werden sollten.</p> <p>Alle Teilnehmenden berichteten, Optimismus bezüglich ihrer Erholung wahrzunehmen. Eine wichtige Herausforderung ist es, realistische Ziele und Erwartungen bezüglich des Rehabilitationsprozesses zu setzen.</p>
--	---	---	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie befasst sich mit einem Thema, das ein wichtiger Aspekt für unsere Bachelorarbeit ist. Das Ziel der Studie ist klar definiert. Das Thema wird mittels vorbestehender Literatur erklärt und dargestellt. Es wird nicht konkret genannt, für was genau die Studie wichtig ist.</p>	<p>Ansatz/Design und Begründung Das Design passt gut zum Forschungsziel und ist nachvollziehbar begründet.</p> <p>Stichprobe Die Ein- und Ausschlusskriterien sind klar dargelegt und begründet. Das zielgerichtete Sampling passt zum Forschungsdesign. Es wird nicht beschrieben, wie die sechs Teilnehmenden ausgewählt wurden und weshalb genau diese Anzahl Teilnehmende in die Studie aufgenommen wurde. Eine Sample-size calculation wurde nicht durchgeführt.</p> <p>Das Setting und die Teilnehmenden werden beschrieben, demographische und verbrennungsspezifische Daten werden genannt. Es gab keine Teilnehmenden über 55 Jahren. Verbrennungsspezifische und soziodemographische Daten variieren bei den einzelnen Teilnehmenden, was die Übertragbarkeit auf die australische Durchschnittspopulation erhöht. Die Ergebnisse können auf Patienten und Patientinnen mit leichten bis mittelschweren Gesichtsverbrennungen übertragen werden, jedoch nicht auf Betroffene mit drittgradigen Verbrennungen, da keine solche Person in die Studie eingeschlossen wurde.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung wird beschrieben und begründet. Die Datensättigung wird nicht diskutiert.</p> <p>Methodologische Reflexion Das methodische Vorgehen stimmt mit dem phänomenologischen Ansatz überein und passt auch zur Forschungsfrage.</p> <p>Datenanalyse Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar beschrieben. Die Interviews und Datenanalyse wurden durch dieselben Forschenden durchgeführt.</p> <p>Ethik Bis auf die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden sind alle relevanten Fragen diskutiert worden.</p>	<p>Die Einteilung der Aussagen in die drei Oberthemen und zehn Unterthemen erscheint logisch. Die Themen werden präzise erklärt und mit aussagekräftigen Zitaten aus den Interviews gestützt, die die Erfahrungen der Betroffenen gut darstellen.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Die Ergebnisse werden diskutiert und in Bezug zu vorbestehender Literatur gesetzt. Im Diskussionsteil tauchen auch Aussagen auf, die im Ergebnisteil nicht sichtbar sind. Die Bedeutung für die Pflege und Betreuung der Patienten und Patientinnen wird genannt.</p> <p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis Es werden Schlussfolgerungen für die Umsetzung in die Pflegepraxis gezogen und mit weiterer Literatur ergänzt.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Confirmability (Bestätigung)

- + Es wurde ein „Audit trail“ umgesetzt.
- + Es sind verschiedene Forschende beteiligt, die sich austauschten.

Dependability (Zuverlässigkeit)

- + Die Datenerhebung erfolgte durch erfahrene oder geschulte Forschende.
- + Die Datenanalyse wurde im Team reflektiert.
- Es ist unklar, in welchem zeitlichen Rahmen nach den Interviews die Daten analysiert wurden.
- Die Daten werden nicht von einem hochschulinternen oder –externen Gremium geprüft.

Credibility (Glaubwürdigkeit)

Langjährige Beschäftigung mit dem Thema

- + Die Forschenden kennen sich im Forschungsfeld der Brandverletzungen aus.

Triangulation

- Es werden nur die wörtlich transkribierten Interviews analysiert, Beobachtungen spielen keine Rolle.

“peer debriefing“

- +/- Die Daten wurden im Forschungsteam diskutiert, jedoch ist kein Austausch mit externen Forschenden ersichtlich.

“member checking“

- Eine Rückversicherung bei den Teilnehmenden über die richtige Interpretation der Daten wurde nicht durchgeführt.

Negativ- oder Kontrastfälle

- + Es werden teilweise Gegenmeinungen von der Minderheit der Befragten zu einem Thema genannt.
- + Es werden die Einschränkungen der Studie besprochen.

Transferability (Übertragbarkeit)

- + Der Ergebnis-Teil ist übersichtlich gegliedert und durch Interview-Zitate gestützt.
- + Vorschläge für den Transfer in die Pflegepraxis werden gemacht.
- Der Diskussionsteil ist weniger überschaubar gegliedert.
- Die Generalisierbarkeit ist beschränkt, dies wird bei den Limitationen diskutiert.

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der 6-S-Pyramide von DiCenso et al. (2009), da es sich um Primärliteratur (eine datenbasierte Arbeit) handelt.

Anhang B6: AICA Tengvall et al. (2010)

Zusammenfassung der Studie

Memories of pain after burn injury – The patients’ experience

Tengvall, O., Wickman, M. und Wengström, Y. (2010)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problem Es geht in der Studie um das Erleben von Schmerzen nach Verbrennungen und wie Patienten und Patientinnen damit umgehen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen Schmerzen sind ein zentrales Thema bei Brandverletzungen. Diesen Schmerz zu kontrollieren sei schwierig, da er mehrere Ursachen hat und die Art und Intensität sich abwechselt. Brandverletzungen können, durch den Gewebeschaden, eine Hyperalgesie (überempfindliches Schmerzempfinden) auslösen, welche schwierig zu behandeln sei. Der Schmerz von Brandverletzten lässt sich in drei Hauptbereiche unterteilen: den Ruheschmerz (background pain, welcher auch in Ruhe zu spüren ist (Orte: Brandwunden und Entnahmestellen von Spalt-</p>	<p>Ansatz/ Design und Begründung Es handelt sich um eine qualitative, phänomenologische Studie, als Begründung nannten die Forschenden das vertiefte Verstehen des Phänomens Schmerz nach Brandverletzungen, was optimal mit Erzählung der Betroffenen gelingt.</p> <p>Stichprobe Als Population wurden über 18-jährige Brandverletzte ausgewählt, welche länger als eine Woche hospitalisiert waren und kognitiv fähig waren am Interview teilzunehmen. Es wurden acht Männer und vier Frauen, also n=12, interviewt. Die Dauer der Hospitalisation war unterschiedlich (8-45 Tage), so wie die gesamte verbrannte Körperoberfläche (KOF) (3-40%). Aus dieser Population wurden bewusst die zwölf Betroffenen ausgewählt,</p>	<p>Alle zwölf Teilnehmenden beschrieben ihre Erlebnisse chronologisch und sehr klar, obwohl die Unfälle bereits 6 bis 12 Monate vorher stattfanden. Es wurden vier Hauptbereiche zum Thema Schmerz identifiziert mit <u>Teilbereichen</u> und teilweise <u>Untertiteln</u>. Die Ergebnisse wurden in diese Hauptbereiche unterteilt, dargestellt und mit Zitaten aus den Interviews untermauert.</p> <p>Erinnerungen an den Unfall <u>Bewusst werden der Schmerzen</u> Einige Betroffene beschrieben einen initialen Schmerz direkt nach dem Ereignis, andere beschrieben, dass sie den Schmerz erst im Spital feststellten. Alle Teilnehmenden beschrieben den Schmerz spezifisch: etwas, was sie bisher noch nie erlebt hatten. Der Schmerz wurde als brennend, beissend oder stechend beschrieben. Ein Teilnehmender beschrieb das Kollabieren aufgrund des Schmerzes, während ein anderer die Schmerzen nicht zulassen wollte. <u>Pragmatisches Coping</u> Die meisten Teilnehmenden beschrieben ein Vermeiden, dass der Schmerz überhandnahm, um sich auf die akute Situation konzentrieren zu können (z.B. Kühlen der Wunde, Löschen des Feuers, Alarmierung Rettungsdienst).</p> <p>Erinnerungen an den Transport/ Notfallstation</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Brandverletzungen sind nicht ein einzelnes Ereignis, sondern haben einen grossen Einfluss auf das weitere Leben der Patientinnen und Patienten, unabhängig vom Schweregrad der Verbrennung, was auch in dieser Studie erkennbar war. Es ist wichtig zu erkennen, dass das Erzählen des gesamten Ereignisses und der darauffolgenden Zeit zur Bewältigung des Traumas helfen kann. Die Interviewten äusserten einen grossen Wunsch zu sprechen, auch äusserten sie die Angst Angehörige oder Freunde mit diesem Wunsch zu erzählen zu überfordern. Einige Betroffene erzählten beim Interview das erste Mal über ihre Geschichte, weil vorher nie Zeit für vertiefte Gespräche war. Es wurden vier Themenbereiche festgestellt: Das Bewusstwerden des Schmerzes am Unfallort, das Zulassen des Schmerzes während des Transports und in der Notfallaufnahme, das Erleben unterschiedlichen Schmerzes auf der Abteilung für Brandverletzte und neue Erkenntnisse und Gedanken über die Pflege im Spital nach dem Austritt zu Hause. Alle Betroffenen hatten klare Erinnerungen an die Schmerzen während unterschiedlichen Zeitpunkten. Die Darstellungen der unterschiedlichen Schmerztypen entsprechen der gängigen Verbrennungsliteratur (Choiniere et al., 1989, Choiniere et al., 1990). Gewisse genannte Erfahrungen der Betroffenen wurden bisher noch nirgends aufgezeichnet und zeigen den grossen Einfluss kleiner Aktivitäten im Alltag (z.B. Bett beziehen) auf die Zunahme von Schmerzen. Geisser et al. (1995) schreiben, dass bei Brandverletzten eine Zunahme der Angst vor Schmerzen während einer Behandlung mit der Zeit feststellbar ist, die Autorinnen schreiben, dass dies auch bei ihrer Studie beobachtbar sei, da der Schmerz während Verbandswechsel als unerträglich beschrieben worden war und diese Beschreibung eng mit</p>

<p>haut), den Durchbruchschmerz (breakthrough pain), vor allem bei Aktivitäten wie Lagewechsel im Bett oder beim Gehen, und den Schmerz, welcher bei einer Handlung (z.B. Verbandswechsel) zu spüren ist (procedural pain). Totale Schmerzfreiheit könne nicht erreicht werden, aber Schmerzen sollten so gut wie möglich verringert werden. Während dem Durchleben einer kritischen Erkrankung, erleben die Patienten eine Kombination von expliziten Erinnerungen (tatsächlich Stattgefundenes) und Halluzinationen oder Alpträume (Roberts et al., 2004). Die unrealen Erlebnisse werden mit Angst und Furcht assoziiert (Granberg et al., 1998, Granberg et al., 1999, Jones et al., Lof et al., 2006, Ringdal et al., 2006). Das Ansprechen von Angst und Schmerzen ist heikel, da gewisse Patientinnen und Patienten nicht über un reale Erlebnisse sprechen möchten, da sie vor einer vor eiligen Zuschreibung einer psychischen Instabilität Angst haben (Granberg et al., 1998). Erinnern sich Patientinnen</p>	<p>um einen grossen Umfang an Erlebnissen zu erreichen. Datenerhebung Die Hauptautorin (Tengvall) führte die Interviews durch und machte sich währenddessen Notizen. Die Interviews wurden in einem Spitalzimmer oder bei den Betroffenen zu Hause (n=2) durchgeführt. Alle Interviews starteten mit einer offenen Frage, bei welcher die Betroffenen aufgefordert wurden, die Erinnerungen zum Unfall, zur Pflege im Spital und an Schmerz zu schildern. Je nach Verlauf des Gesprächs wurden mehr oder weniger weitere Fragen gestellt. Methodologische Reflexion: Da ein vertieftes Verständnis des Schmerzphänomens nach einer Brandverletzung erreicht werden soll, wird ein qualitativer, phänomenologischer Ansatz gewählt, bei welchem die Betroffenen erzählen können. Datenanalyse: Die aufgenommenen Interviews wurden wortwörtlich transkribiert.</p>	<p><u>Den Schmerz zulassen</u> Alle Patienten beschrieben ein Zunehmen des Schmerzes beim Erreichen des Spitals. Einige beschrieben, dass der Schmerz erst dann zugelassen wurde. Die Art des Schmerzes variierte von der Frequenz, der Intensität und wurde als kochend oder siedend beschrieben. Ausserdem wurde ein feuchtes Gefühl beschrieben, wenn die Blasen aufplatzten. Diese Erfahrungen wurden als verstörend beschrieben. <u>Hilfe anderer zulassen</u> Die Ankunft im Spital und das Abgeben der Kontrolle an Fachpersonen wurde unterschiedlich beschrieben: Zusammenbrechen, Gefühl von Sicherheit, Einschlafen. Grundsätzlich waren aber alle Teilnehmenden froh, dass sich jemand um sie kümmerte, da sie sich selbst nicht helfen konnten. Diese Hilflosigkeit wurde als verunsichernd oder schockierend dargestellt. Erinnerungen an den stationären Aufenthalt <u>Unterschiedliche Schmerzerlebnisse</u> <i>Schmerzen bei einer Behandlung</i> Es wurden zwei unterschiedliche Situationen genannt, als es zu Schmerzen durch eine Behandlung kam: Bewegungen (wie Bett frischbeziehen, Scheuern von Verbänden auf der Haut). Oder Duschen/ Verbandswechsel. Diese Schmerzen wurden als schlimmste Schmerzen, wie Folter, beschrieben. Alle Teilnehmenden nannten diesen Schmerz, wenn sie an die stärkste Schmerzerinnerung gefragt wurden. <i>erschöpfender Schmerz</i> Es wurden unterschiedliche Schmerzformen (vgl. Einleitung) genannt. Schmerzen bei der Entnahmestelle der Spalthaut war oft schlimmer, als bei den brandverletzten</p>	<p>der Angst verbunden sei. Diese Aussagen zeigen einen engen Zusammenhang zwischen Schmerzen, psychischer Belastung und dem physischen und psychischen Endergebnis bei brandverletzten Erwachsenen (Fauerbach et al., 2005). Die Studien wurden 6 bis 12 Monate nach Entlassung aus dem Spital durchgeführt und die Erinnerungen waren dennoch noch sehr präsent, dies weil die Schmerzen vermutlich ein zentrales Problem der Brandverletzung waren. Ringdal et al. (2009) schreibt, dass der Zeitpunkt einer Befragung zu einem Trauma die Aussagen beeinflusst. Lof et al. (2006) schreiben, dass die Erinnerungen an Emotionen während schweren Erkrankungen auch später detailliert und präsent sind, wobei 12 Monate nach dem Ereignis die Erinnerungen weniger intensiv und prominent sind, als 3 Monate danach. Zwei Brandverletzte berichteten in der vorliegenden Studie über un reale Erinnerungen (Halluzinationen, Alpträume). Diese beiden Betroffenen waren schwerer verbrannt, waren länger hospitalisiert und arbeiteten 6 Monate nach dem Unfall noch nicht. Einige Studien (Ringdal et al., 2006, Capuzzo et al., 2004, Rundshagen et al., 2002) berichten von un realen Erinnerungen (unerklärbare Panik nach Verlegung von der Intensivstation), auch arbeiteten diese Patientinnen und Patienten ein Jahr nach dem Trauma noch nicht. Ursachen für inadäquates Schmerzmanagement bei Brandverletzten ist unterschiedlich (Patterson et al., 2006), bei der vorliegenden Studie sei herausgekommen, dass es Gesundheitsfachpersonen nicht bewusst sei, welchen Einfluss Schmerzen auf ein langfristiges Ergebnis hätten. Esselman et al. (2006) schreiben in ihren Review, dass die Schmerzintensität während der Hospitalisation unterschiedlich sei, was mit den Resultaten der vorliegenden Studie übereinstimmt. Der Schmerz wurde breit beschrieben und wurde meistens durch die Wundbehandlung, tägliche Aktivitäten oder unangenehme Verbände beeinflusst. Zu Hause waren die Betroffenen mit anderen Problemen konfrontiert: Juckreiz und neue Trigger (z.B. Wärme oder Kälte), die Schmerzen auslösten. Esselman et al. (2006) und Raymond et al. (2004) schreiben, dass Schmerz einen Einfluss auf die Arbeit (75%), auf den Schlaf (56%) und auf die sozialen Interaktionen (67%)</p>
--	--	---	--

<p>und Patienten an ein traumatisches Ereignis, teilen sie die Erinnerungen oft in vor, während und nach dem Ereignis ein (Ringdal et al., 2009).</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Das Ziel dieser Studie ist es, die Erfahrungen und Erinnerungen von brandverletzten Patientinnen und Patienten zu beschreiben. So soll der Umgang mit ihnen erleichtert werden, da den Fachpersonen ersichtlich ist, welche Bereiche für die Betroffenen wirklich relevant sind.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf Schmerzen sind ein zentrales Thema bei Brandverletzungen, wobei es schwierig ist, diesen Schmerz zu kontrollieren, da er mehrere Ursachen hat und die Art und Intensität sich abwechselt.</p>	<p>Die Analyse der Daten erfolgte wie folgt: 1. Datenreduktion in gekürzte prägnante Formulierungen. Alle transkribierten Interviews wurden unvoreingenommen gelesen, um einen Überblick über die Erzählungen zu erhalten. 2. Die Aussagen wurden in Hautbereiche und Kategorien eingeteilt. Die Texte wurden erneut genau gelesen, Wörter und Phrasen, welche zur Studie passen, wurden herausgeschrieben. Unterthemen wurden in drei unterschiedliche Zeitpunkte eingeteilt: Unfall und Transport ins Spital, Aufenthalt im Spital und Austritt/ Alltag zu Hause. 3. Die Strukturierung der Bedeutungen wurde anhand des übereinstimmenden Ablaufs der 12 Interviews erstellt. Um die Vertrauenswürdigkeit zu erhalten und eine Selektion zu verhindern, wurde die genaue Prüfung und Analyse der Daten durch die Hauptautorin und eine Co-Autorin durchgeführt.</p> <p>Ethik: Die Autorinnen benennen keine ethischen Fragen/</p>	<p>Stellen. Die Schmerzen hatten grossen Einfluss auf den Schlaf, Ruhepausen und das Finden einer angenehmen Position im Bett, was zu einem Gefühl der Fatigue führte.</p> <p><u>Umgang mit dem Schmerz</u> Dass der Schmerz unumgänglich ist, war für die Betroffenen wichtig zu realisieren, um mit den Schmerzen zurecht zu kommen. Sie beschrieben, dass sie lernten, mit den Schmerzen zu leben. Als Ablenkung vor dem Schmerz nannten Betroffene verschiedene Möglichkeiten: Physio-Übungen, Kontakt mit Familie oder Angestellten des Spitals, am Computer arbeiten oder Filme schauen. Die Selbstversorgung, z.B. sich waschen, rasieren, Haare kämmen, schön anziehen, Herumgehen, aus dem Bett kommen wurde ebenfalls oft genannt, denn so konnte ein Stück Normalität erreicht werden. Das Ziel war immer ein möglichst schneller Austritt nach Hause. Die Familie spielte eine grosse Rolle, sie unterstützte bei Aktivitäten und verhinderte so den ständigen Gedanken an Schmerzen.</p> <p>Austritt nach Hause <u>empfindliche Haut</u> Einige Betroffenen äusserten eine Zunahme der Schmerzen nach Spitalaustritt. Die Körperoberfläche wurde als viel empfindlicher und verletzlicher bezeichnet.</p> <p><u>neue Wahrnehmungen</u> Die Brandverletzten berichteten von zunehmenden Situationen, wo andere Empfindungen als Schmerz spürbar wurden (Wärme, Kälte, Wind, Berührungen). Der Schmerz wurde als stechend oder beissend bezeichnet, die Haut fühlte sich straff gespannt an.</p> <p><u>Perspektiven</u></p>	<p>habe, was sich laut Autorenteam mit den Resultaten der vorliegenden Studien deckte.</p> <p>Eine brandverletzte Person beschrieb das Gefühl, dass der verletzte Körperteil nicht zu ihr gehörte, dies erlebten viele Befragte zum Zeitpunkt des Unfalls ebenfalls.</p> <p>Eine brandverletzte Person welche starke Schmerzen beschrieb, beschrieb auch passive Coping-Strategien. Vermeidende Coping-Strategien werden in der Literatur mit schlechterem Anpassen nach einer Verbrennung assoziiert (Ptacek et al., 1995, Kildal et al., 2005, Willebrand et al., 2005, Willebrand et al., 2002). Bezüglich anderer Strategien wie emotionaler Support oder problem-fokussiertes Coping ist sich die Literatur uneinig (Perry et al., 1992, Tedstone et al., 1998, Van Loey et al., 2003), während die Resultate der vorliegenden Studie sich mit Patterson et al. (2006) decken (problem-fokussiertes Coping führte zu Anpassungsschwierigkeiten).</p> <p>Schmerzen, welche Patienten während der Hospitalisation erleben, kann als Voraussagung genommen werden, wie Patienten mit verbrennungs-assoziiertem Stress umgehen werden. Stärkerer Schmerz sei mit vermehrtem Coping-Effort assoziiert.</p> <p>Patienten welche oft ihr soziales Netzwerk benutzt haben, haben möglicherweise ein besseres Endergebnis, als Patientinnen und Patienten mit weniger Unterstützung.</p> <p>Stärken und Limitationen Brandverletzte, welche beatmet werden mussten oder auf einer Intensivstation behandelt wurden, wurden aus der Studie ausgeschlossen, somit wurden nur Brandverletzte mit eher kleineren Wunden eingeschlossen, möglicherweise haben deshalb nur zwei Betroffene von unrealen Erinnerungen berichtet. Aufgrund der Gelegenheitsstichprobe ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Betroffene nicht gewährleistet. Es wurden keine quantitativen statistischen Methoden verwendet.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis Die gefundenen Resultate zeigen auf, dass es wichtig ist den Fokus auf das Schmerzmanagement und den psychosozialen Support Brandverletzter zu legen, um das Coping</p>
---	---	---	---

PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON BRANDVERLETZUNGEN BEI ERWACHSENEN

	<p>Probleme. Das „Research Ethics Committee“ des durchführenden Spitals gewährte das Durchführen der Studie. Ob die Teilnehmenden eine Einverständniserklärung unterzeichneten, ist unklar.</p>	<p>Viele Betroffene beschreiben, dass sie eine neue Sichtweise auf den Schmerz erhalten haben, so würden kleinere Wunden mittlerweile nicht mehr so stark schmerzen. Zwei Befragte äusserten Schwierigkeiten mit dem Ende der pharmakologischen Analgesie und betonten, dass die Angst ein grösseres Problem als die Schmerzen war, und dass sie von Flashbacks betroffen waren. Die Rückkehr in den Alltag sei nicht immer einfach, vor allem wegen der fehlenden Energie und den Aufgaben, welche der Alltag mit sich bringen würde.</p>	<p>optimal zu unterstützen und ihnen eine Rückkehr in den Alltag zu ermöglichen. Möglicherweise sind diese Interventionen noch wichtiger, wenn die Brandverletzten aus dem Spital ausgetreten sind, wenn der Schmerz noch weiterhin ein Problem ist. Es ist wichtig eine offene Kommunikation zwischen den Patientinnen und Patienten und deren Familienangehörigen zu fördern, da dies die Gefahr eines psychischen Traumas vermindert. Erzählungen der Brandverletzten sollen den Gesundheitsfachpersonen helfen die Betroffenen zu verstehen und ebenfalls anderen Brandverletzten helfen mit der Situation umzugehen.</p>
--	---	--	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>In der Studie selbst wird beschrieben, dass die Pflege am meisten mit dem komplexen System des Schmerzes bei Brandverletzten konfrontiert ist. Pflegende befinden sich in einem Zwiespalt, da sie einerseits durch die Verbandswechsel Schmerzen verursachen, andererseits vollständig zur Verabreichung von Analgetika sind. Somit ist das Thema äusserst relevant für die Pflege. Die Beschreibung des brandverletzungsspezifischen Schmerzes ist genau.</p> <p>Es ist keine Forschungsfrage definiert, das Ziel der Studie ist aber ausgeführt und verständlich.</p> <p>Das Phänomen und die Einführung ins Thema sind mit diverserer Literatur unterlegt. Laut den Autorinnen gibt es nur wenige Studien, welche sich qualitativ mit den Er-</p>	<p>Ansatz/ Design und Begründung Verbindung zwischen Forschungsziel und gewähltem Design ist ersichtlich und verständlich.</p> <p>Stichprobe Da sich die Studie mit den Erinnerungen an Schmerzen befasst und keine Generalisation der Ereignisse erreichen wollte, reicht die ausgewählte Menge an Teilnehmenden. Es ist unklar, woher die Teilnehmenden stammen und wie sie bewusst ausgewählt wurden (Was waren die subjektiven Kriterien?). Anhand der unterschiedlichen Antworten im „result“-Teil ist davon auszugehen, dass die Befragten dafür geeignet waren. Alle Brandverletzten erlebten unterschiedliche Arten von Schmerzen, es wurden vier Teilbereiche abgeleitet. Es ist unklar, wo die Studie durchgeführt wurde!</p> <p>Datenerhebung Bei den Interviews geht es um das Erleben. Die Datenerhebung wurde beschrieben: Die Interviews wurden von einer Person (Hauptautorin) durchgeführt, sie machte sich Notizen und transkribierte die Interviews wörtlich.</p> <p>Methodologische Reflexion: Der gewählte qualitative, phänomenologische Ansatz macht bei der beschriebenen Forschungsfrage/ Forschungsziel Sinn. Ein philosophischer Hintergrund und der Standpunkt der Forschenden sind nicht dargestellt. Die Stichprobenziehung (bewusste Auswahl) macht bei einem phänomenologischen Ansatz vermutlich Sinn, da sie nicht genauer ausgeführt ist, kann sie jedoch nicht beurteilt werden.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse ist relativ genau beschrieben, jedoch ist unklar wer der Forschenden bei welchem Schritt wie beteiligt ist. Es werden keine Referenzierungen zu den Schritten der Analysemethoden gemacht. Die Datenanalyse scheint glaubwürdig, ist jedoch nicht beurteilbar. Die Glaubwürdigkeit bröckelt im Diskussionsteil, wo viele Diskrepanzen zwischen Resultate-Teil, bestehender Literatur und Aussagen im Diskussionsteil ersichtlich werden. Die Glaubwürdigkeit der Studie soll durch das Involvieren der Co-Autorin gewährleistet werden, was nicht beurteilbar ist, da nicht klar ist, wer welchen Teil der Datenanalyse übernommen hat.</p>	<p>Die Einteilung der Aussagen in die vier Hauptbereiche, in die 8 Teilbereiche und die drei Untertitel erscheint logisch, soweit dies beurteilbar ist.</p> <p>Die Aussagen der Betroffenen sind zum Teil ähnlich, jedoch individuell in ihrer Aussage.</p> <p>Die Auszüge aus den Interviews sind aussagekräftig und stellen die Situation der Betroffenen gut dar.</p> <p>Das Einschätzen der Daten und Aussagen ist nicht möglich, da der Durchführungsort der Studie unklar ist und somit das Gesundheitswesen und die Nachversorgung nicht eingeschätzt werden kann.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Der Diskussionsteil ermöglicht einen guten Überblick über die Ergebnisse der Studie im Vergleich zur bestehenden Literatur. Jedoch sind mehrere Verweise zwischen Literatur und Ergebnissen der Studie nicht in sich stimmig. So beschreiben Geisser et al. (1995), dass Schmerzen während einer Behandlung mit der Zeit zunehmen, die Autorinnen schreiben, dass sich dies mit den Resultaten ihrer Studie decken würde, jedoch sind im Resultate-Teil keine solchen Ergebnisse sichtbar. Diese Diskrepanz findet sich in diversen Bereichen des Diskussionsteils wieder und lässt die Lesenden an der Glaubwürdigkeit der Studie zweifeln. Die Studie leistet einen Beitrag zum Verständnis des Phänomens von Schmerzen einer Brandverletzung. Die Forschungsfrage ist zum Teil beantwortet, jedoch nicht vollständig, da durch die Gelegenheitsstichprobe nur zwölf Teilnehmende eingeschlossen wurden. Gewisse Aussagen aus der Diskussion sind für die Pflege relevant, in dem sie einen Einblick ins Empfinden der Brandverletzten ermöglichen, resp. zeigen, wo Pflegefachpersonen unterstützend wirken können.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis Die Schlussfolgerungen aus der Studie sind eher kurzgehalten und zeigen nicht alle Folgerungen für die (Pflege-) Praxis auf. Das Evidenzlevel wird in einem nächsten Schritt bearbeitet.</p> <p>Allgemein Der Diskussionsteil ist nicht in Unterbereiche aufgeteilt, somit ist er unübersichtlich. Es ist</p>

<p>fahrungen von Brandverletzten auseinandersetzen.</p>	<p>Die analytischen Entscheidungen sind nicht überprüfbar. Ethik: Es ist schwierig, zu beantworten, ob es ethische Fragen gegeben hätte, welche diskutiert hätten werden sollen. Es ist unklar, welches "Research Ethics Committee" das Einverständnis zum Durchführen der Studie gab. Ebenfalls ist unklar, ob die Teilnehmenden eine schriftliche Einverständniserklärung abgaben.</p>		<p>teilweise unklar, ob gewisse Aussagen Aussagen der Autorinnen, Resultate aus ihrer Studie oder aus einer anderen Studie sind. Ausserdem bleibt bis zum Ende der Studie unklar, woher die Interviewten stammen. Aufgrund der Herkunft der Forschenden (Schweden), deren Arbeitsorte (Karolinska Institutet Stockholm, Sweden und zusätzlich bei 3. Co-Autorin Cancer Care Research Center, Stirling University Scotland) und den Beschreibungen der Betroffenen (Rettungsdienst, spezielle Station für Brandverletzte, etc.) ist davon auszugehen, dass die Studie in einem industrialisierten Land, möglicherweise Schweden, durchgeführt wurde.</p>
---	---	--	---

Güte/ Evidenzlage:

Confirmability (Bestätigung)

- + Die Studie wird hauptsächlich durch die Hauptautorin (O. Tengvall) durchgeführt und durch die beiden Co-Autorinnen begleitet
- Es ist unklar, wer der Co-Autorinnen welche Aufgabe hat und welchen Einfluss auf das Sampling, die Datenanalyse und die Diskussion hat

Dependability (Zuverlässigkeit)

- + Laut Studie ist der Einsatz einer Co-Autorin dafür da, dass die Glaubwürdigkeit gewahrt werden kann
- Es ist aber unklar, wer der Forschenden welchen Teil der Analyse gemacht/ kontrolliert hat
- Es ist unklar, in welchem zeitlichen Rahmen nach den Interviews die Daten analysiert wurden
- Die Daten werden weder von einem hochschulinternen noch –externen Gremium geprüft

Credibility (Glaubwürdigkeit)

Langjährige Beschäftigung mit dem Thema

- + O. Tengvall hat bereits an mehreren, neuen Studien über Brandverletzte mitgearbeitet
- + M. Wickman bringt grosse Erfahrungen im Bereich der plastischen Chirurgie mit, hat bei mehreren Publikationen über Brandverletzte mitgearbeitet
- + Y. Wengström, Pflegefachfrau und Professorin für Neurobiologie und Pflegewissenschaften, arbeitete ebenfalls bei mehreren Publikationen über

Brandverletzte mit

Triangulation

- es ist unklar, inwiefern die "field notes" in die Analyse miteingeflossen sind

"peer debriefing"

- +/- Diskussion der Resultate vermutlich im Forschungsteam, jedoch nicht ersichtlich

"member checking"

- keine Angaben über mögliches "member checking"

Negativ- oder Kontrastfälle

- +/- nicht durchgeführt → Datensättigung war auch nicht das Ziel der Studie
- + es werden die Einschränkungen der Studie besprochen (keine ehemals intubierten Pat und keine IPS-Pat)

Transferability (Übertragbarkeit)

+ der Resultate-Teil ist gut gegliedert und ermöglicht durch die diversen Zitate einen prägnanten Einblick in die Studie

- Diskussionsteil ist nicht überschaubar gegliedert, Vergleiche zwischen Literatur und Ergebnissen der Studie nicht immer kongruent

-/+ keine Generalisierbarkeit erreicht → war aber auch nicht das Ziel der Studie

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der 6-S-Pyramide von DiCenso et al. (2009), da es sich um Primärliteratur (eine datenbasierte Arbeit) handelt.

Anhang B7a: AICA Wiechman Askay et Magyar-Russell (2009)

Zusammenfassung der Studie

Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery.

Wiechman Askay, S., & Magyar-Russell, G. (2009).

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problem Es geht um die zwei Konzepte posttraumatisches Wachstum und Religion & Spiritualität nach Brandverletzungen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen 1993 wurde in einem Review über emotionale Reaktionen nach Brandverletzungen die Aufmerksamkeit erstmals auf das Potential für ein positives Wachstum angesichts einer Verbrennung gelenkt. Die meisten Forschenden fokussieren sich immer noch auf ein Defizit-Modell von den Reaktionen auf eine Verletzung. Posttraumatisches Wachstum wird definiert als eine positive psychische Veränderung, erlebt als ein Resultat des Kämpfens mit stark herausfordernden Lebensumständen. Tedeschi und</p>	<p>Ansatz/Design und Begründung Das Design des Artikels wird nicht genannt, da er jedoch im International Review of Psychiatry erschienen ist, wird von einem Review ausgegangen. Eine Begründung hierfür liegt nicht vor.</p> <p>Literatursuche und Auswahl der geeigneten Literatur Das Vorgehen bei der Literatursuche und Auswahl der Literatur wird nicht beschrieben. Es wurden zwei Reviews über posttraumatisches Wachstum im Allgemeinen eingeschlossen, eine Studie über Wachstum nach Brandverletzungen und eine Studie über Religion und Spiritualität bei Brandverletzten. Ansonsten macht es den Anschein, als wäre die Gliederung des Artikels von Anfang an festgestanden und dann zu</p>	<p>Posttraumatisches Wachstum nach Brandverletzungen Die Autorinnen fanden nur eine Studie, die sich mit posttraumatischem Wachstum nach Brandverletzungen befasst. Rosenbach und Renneberg (2008) untersuchten posttraumatisches Wachstum nach Brandverletzungen bei der Entlassung und versuchten, Korrelate zu identifizieren, die posttraumatisches Wachstum fördern oder verhindern. Ihre Stichprobe besteht aus 149 Erwachsenen, die mindestens drei Monate vor der Datenerhebung von einer Verbrennungsstation entlassen wurden. Den Teilnehmenden wurden Selbstbeurteilungs-Fragebögen geschickt, die das „Post Traumatic Growth Inventory“ (PTGI) und andere Bestandsaufnahmen betreffend Coping, Soziale Unterstützung, gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Belastung beinhalteten. 57% der Stichprobe war männlich, die durchschnittliche TBSA betrug 32%. TBSA wurde als Indikator für die Verbrennungsschwere benutzt, Personen mit einer TBSA unter 30% wurden der Gruppe der weniger schweren Verbrennungen zugeteilt, Personen über 30% TBSA wurden der Gruppe der schweren Brandverletzungen zugeteilt. Eine aktive Bewältigungsstrategie, soziale Unterstützung und weibliches Gender waren die stärksten Prädiktoren von posttraumatischem Wachstum. Die Verbrennungsschwere, das Fehlen von psychischer Belastung und die Lebensqualität waren nicht assoziiert mit posttraumatischem Wachstum. Diese Studie bestätigte die Resultate von anderen Studien, dass posttraumatisches Wachstum und Distress gleichzeitig auftreten können. Ihre Stichprobe erlebte einen hohen Grad an posttraumatischem Wachstum, gab aber auch hohe Levels an Distress und eine tiefere Lebensqualität an. Die Teilnehmenden zeigten das grösste posttraumatische Wachstum in den Bereichen „höhere Würdigung des Lebens“, „Verstärkung von persönlichen Beziehungen“ und einem „grösseren Sinn für persönliche Stärke“.</p> <p>Einflussfaktoren auf posttraumatisches Wachstum Die Reviews von Linley & Joseph (2004) und von Zoellner & Maercker (2006) versuchten, zugrundeliegende Gemeinsamkeiten zwischen den</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Es wird im Aufbau des Artikels nicht klar zwischen Ergebnissen und Diskussion getrennt. Aus den Ergebnissen wird ein weiterer Forschungsbedarf abgeleitet: Es braucht mehr Forschung, um die Prävalenz und verlässliche Prädiktoren für posttraumatisches Wachstum zu identifizieren. Folgende Faktoren, die das Potential für posttraumatisches Wachstum beeinflussen könnten, sollten berücksichtigt werden: Vorbestehende psychische Faktoren, Persönlichkeits-Variablen, verbrennungsbezogene Faktoren und Bewältigungsstrategien, inklusive dem Nutzen von Religion und Spiritualität. Es gibt verschiedene Aspekte, die die zukünftige Forschung über Brandverletzungen und posttraumatisches Wachstum ansprechen sollte. Erstens müssen standardisierte Messinstrumente für posttraumatisches Wachstum entwickelt werden, die positive und negative Antworten einbeziehen. Das meistgenutzte Messinstrument</p>

<p>Calhoun (1996) haben fünf Formen von posttraumatischem Wachstum identifiziert: Eine höhere Würdigung für das Leben und veränderte Prioritäten, wärmere, innigere Beziehungen mit anderen, ein grösserer Sinn für persönliche Stärke, Erkennung von neuen Möglichkeiten und spirituelle Entwicklung. Die Forschung über Religion und Spiritualität hat erst vor kurzem zu blühen begonnen. Pargament (2007) definiert Religion und Spiritualität in einer Art, die allgemein anwendbar ist für Personen von verschiedenen Glaubenssystemen: Religion ist die Suche nach Bedeutung hinsichtlich der Heiligen (S. 32). Spiritualität hingegen wird definiert als die Schlüsselfunktion der Religion – die Suche nach den Heiligen (S. 39). Religion ist kein statisches Set von Überzeugungen und Praktiken. Es ist ein Prozess, in dem das Wahrnehmen von Hei-</p>	<p>den Themen passende Literatur gesucht. Zuerst wird das Konzept des posttraumatischen Wachstums eingeführt und wichtige Begriffe definiert. Danach wird die Studie von Rosenbach und Renneberg (2008) vorgestellt, die sich mit Brandverletzungen und posttraumatischem Wachstum befasst. Darauf folgen die Erkenntnisse aus den Reviews von Linley & Joseph (2004) und Zoellner & Maercker (2006) zu Einflussfaktoren auf posttraumatisches Wachstum, die mit weiterer Literatur ergänzt werden. Anschliessend werden Interventionen zur Förderung von posttraumatischem Wachstum beschrieben und Empfehlungen für zukünftige Forschung gemacht. Im zweiten Teil geht es um Religion und Spiritualität. Es wird in das Thema eingeführt und wichtige Begriffe definiert. Danach wird die Rolle von Religion und Spiritualität nach Verletzungen diskutiert und die Studie von Magyar-Russell et al. (2007)</p>	<p>Personen, die posttraumatisches Wachstum nach einer Verletzung erleben, zu identifizieren. Sie fanden folgende Verknüpfungen: <i>Charakteristika des Ereignisses, Demographische Variablen, Persönlichkeitsmerkmale, Coping, kognitive Verarbeitung und psychische Belastung</i></p> <p><i>Charakteristika des Ereignisses:</i> Das subjektive Erleben des Ereignisses, wie zum Beispiel wahrgenommene Hilflosigkeit und Beherrschbarkeit, scheinen einen grösseren Einfluss auf posttraumatisches Wachstum zu haben, als objektive Kennzeichen des Ereignisses selbst (Linley & Joseph, 2004). Das Trauma muss signifikant genug sein, um einen Einfluss auf das Weltbild der betroffenen Person zu haben, aber darf nicht so verheerend sein, dass sie es nicht verarbeiten oder sich von ihm erholen kann (Fontana & Rosenheck, 1998, Schnurr, Rosenberg, & Friedman, 1993).</p> <p><i>Demographische Variablen:</i> Die Literatur über den Einfluss des Genders hat verschiedene Resultate ergeben, aber die meisten Studien zeigen, dass Frauen eine Tendenz haben, mehr posttraumatisches Wachstum zu erleben als Männer (Park, Cohen, & Murch, 1996, Tedeschi & Calhoun, 1996, Weiss, 2002). Jüngere Leute erleben eher posttraumatisches Wachstum, sofern sie das Jugendalter bereits erreicht haben (Milam, Ritt-Olson, & Unger, 2004). Ein höheres Bildungsniveau und ein mindestens moderates Einkommen sagen ebenfalls posttraumatisches Wachstum voraus (Updegaff, Taylor, Kemeny, & Wyatt, 2002).</p> <p><i>Persönlichkeitsmerkmale:</i> Persönlichkeitsmerkmale wie Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit, korrelieren mit posttraumatischem Wachstum (Linley & Joseph, 2004). Gewisse Persönlichkeitsmerkmale, inklusive Widerstandsfähigkeit und Optimismus könnten posttraumatisches Wachstum auslösen. Resilienz ist ein Schlüsselmerkmal, um zu posttraumatischem Wachstum zu gelangen. Resilienz wird definiert als die Fähigkeit, wieder auf die Beine zu kommen nach negativen emotionalen Erfahrungen, die Fähigkeit zur flexiblen Anpassung an die wechselnden Anforderungen von stressigen Erfahrungen (Block & Block, 1980, Lazarus & Folkman, 1984). Es ist wichtig, zu beachten, dass Resilienz und posttraumatisches Wachstum verschiedene Konstrukte darstellen. Resilienz scheint ein Prädiktor für posttraumatisches Wachstum zu sein, aber es ist keine notwendige Eigenschaft.</p> <p><i>Coping:</i></p>	<p>für posttraumatisches Wachstum in Gesundheit und Krankheit ist das PTGI von Tedeschi und Calhoun (1995, 1996). Das PTGI ist ein Instrument mit 21 Elementen mit 5 Subskalen, die die 5 Kernbereiche von posttraumatischem Wachstum beurteilen (siehe Einleitung). Zweitens müssen Begriffe und Definitionen geklärt werden (zum Beispiel Resilienz, posttraumatisches Wachstum und positive Emotionen). Schlussendlich muss theoriegeleitete Forschung betrieben werden, bei der bio-psychosoziale Modelle von Verbrennungs-Ergebnissen benutzt werden, die posttraumatisches Wachstum beinhalten. Abbildung 3 zeigt ein angenommenes Modell für die Anpassung an eine Brandverletzung:</p> <p>Stärken und Limitationen Stärken und Limitationen werden nicht erwähnt.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis <i>Interventionen zur Förderung von posttraumatischem Wachstum:</i> Auch wenn das empirische Wissen diesbezüglich limitiert ist, empfehlen die Autorinnen, eine Umgebung zu schaffen, die posttraumatisches Wachstum</p>
---	---	--	--

<p>ligen ein Teil des Weges ist, den die Leute nehmen, um Bedeutsamkeit zu identifizieren. Dieser Prozess ist komplex, vielförmig und individuell. Forschende haben den Beweis erbracht, dass Religion und Spiritualität nach Gesundheitskrisen und anderen grossen Lebensereignissen wichtige Rollen in der Lebensqualität, beim Coping und bei der Sinnsuche spielen.</p> <p>In einer kürzlichen Umfrage bei Brandverletzungen, die grösser als 10% TBSA sind, gaben 65% der Patienten und Patientinnen an, sie hätten gerne, dass ihr Arzt oder ihre Ärztin mit ihnen über Religion spricht und 75% wünschten sich, mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin zu beten. Abgesehen von dieser starken Befürwortung von Brandverletzten, Religion und Spiritualität in ihre Pflege und Behandlung zu integrieren, gibt es eine Knappheit von empirischen Daten, die die Rolle und den Einfluss</p>	<p>über religiöses und spirituelles Coping nach Brandverletzungen vorgestellt. Darauf folgend wird der Zusammenhang zwischen posttraumatischem Wachstum und Religion und Spiritualität erklärt. Es wird auf das Assessment von Religion und Spiritualität eingegangen und mögliche Interventionen thematisiert. Es wird eine Schlussfolgerung für zukünftige Forschung gezogen.</p> <p>Methodologische Reflexion Eine methodologische Reflexion erfolgt nicht.</p> <p>Datenanalyse Das Vorgehen bei der Datenanalyse wird nicht erklärt.</p>	<p>Aktive Arten, mit Belastungen umzugehen, wie problemfokussiertes Coping und Neuinterpretation korrelieren mit posttraumatischem Wachstum. Positive soziale Unterstützung und emotionale soziale Unterstützung schaffen eher Bedingungen, in denen Wachstum auftreten kann (Linley & Joseph, 2004).</p> <p>Personen, die sich auf religiöses Coping verlassen, erleben ebenfalls eher posttraumatisches Wachstum. Spirituelles Coping kann vor allem hilfreich sein für diejenigen, die in einer religiösen Gemeinschaft oder organisierten Gruppe involviert sind (Calhoun & Tedeschi, 1999). Die soziale Unterstützung, die sie von Personen mit demselben Glauben erhalten, ist sehr hilfreich angesichts einer Verletzung. Spirituelle Überzeugungen können einer Person auch helfen, ihr Weltbild auf eine Art umzustrukturieren, die für die Person Sinn ergibt.</p> <p>Akzeptanz scheint wichtig zu sein für posttraumatisches Wachstum (Park et al., 1996). Diese Bewältigungsstrategie erlaubt es den Betroffenen, ihre Energie auf kontrollierbare Aspekte des belastenden Ereignisses zu fokussieren. Die scheint insbesondere wichtig für Personen mit einer Brandverletzung.</p> <p><i>kognitive Verarbeitung und psychische Belastung:</i> Einsicht und kognitive Verarbeitung sind entscheidend, um posttraumatisches Wachstum erleben zu können (Calhoun & Tedeschi, 1998). Eine kognitive Verarbeitung, die sich auf die Anstrengung einer Person, einen Sinn hinter der Verletzung zu sehen und die Kreation eines neuen Weltbilds fokussiert, ist nötig für posttraumatisches Wachstum (Calhoun & Tedeschi, 1998).</p> <p><i>Posttraumatisches Wachstum und Depression:</i> Die Literatur bezüglich der Beziehung zwischen posttraumatischem Wachstum und Depression ist unterschiedlich. Depressionen sind nicht generell assoziiert mit posttraumatischem Wachstum. Depression und posttraumatisches Wachstum sind zwei verschiedene Konstrukte und können gleichzeitig vorhanden sein. Wenn Verbindungen zwischen Depressionen und posttraumatischem Wachstum gefunden wurden, dann in der negativen Richtung, dass Personen mit höheren Depressions-Scores weniger posttraumatisches Wachstum erlebten. Es könnte sein, dass Personen, die zu sehr belastet sind, das Ereignis nicht auf eine Art verarbeiten können, die die Entwicklung von posttraumatischem Wachstum ermöglicht.</p> <p><i>Einfluss des Zeitfaktors:</i></p>	<p>fördern kann. Wege, um posttraumatisches Wachstum zu begünstigen beinhalten das Lehren von effektiven Copingstrategien und Stressmanagement, das Ermutigen zu emotionalem Ausdruck, das Fördern von sozialer Unterstützung und das Verbessern von Hoffnung, positivem Selbstbild und Selbstpflege. Es ist jedoch entscheidend, dass Kliniker nicht versuchen, diesen Prozess zu beschleunigen. Posttraumatisches Wachstum sollte nicht zu schnell nach der Verletzung in Erfahrung gebracht werden und muss vom Patienten oder der Patientin geführt sein. Die Versuche von Klinikern, posttraumatisches Wachstum aufzudrängen, könnte als Bagatellisierung der Erfahrungen des Patienten oder der Patientin wahrgenommen werden. Kliniker müssen warten, bis der Patient oder die Patientin positive Veränderungen erwähnt und dann behutsam Reflexionen anbieten. Sie müssen sich auch wohlfühlen dabei, dem Patienten oder der Patientin zu erlauben, sich mit dem Ereignis abzumühen (Calhoun & Tedeschi, 1999).</p> <p>Beim Versuch, posttraumatisches Wachstum zu fördern, ist es wichtig, sich bewusst zu sein, dass die höchsten Prioritäten sind, Sicherheit zu gewähr-</p>
--	--	---	---

<p>von Religion und Spiritualität bei der Erholung nach einer Brandverletzung untersuchen.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Das Review beinhaltet posttraumatisches Wachstum und seine Korrelate, wie es in den Reviews von Linley & Joseph, 2004 und Zoellner & Maercker, 2006 über positive Veränderungen nach einem Schaden beschrieben wird. Es wird ebenfalls eine Studie eingeschlossen, die sich mit Wachstum nach einer Brandverletzung auseinandersetzt. Es sollen Mess-Aspekte beschrieben werden und Empfehlungen für zukünftige Erforschung von posttraumatischem Wachstum und zugehörige Konstrukte abgegeben werden. Es sollen spezifische Hilfsmittel beschrieben werden, wie ein Therapeut oder eine Therapeutin eine Atmosphäre für Wachstum zu schaffen.</p>		<p>Linley und Joseph (2004) kommen zum Schluss, dass der Zeitfaktor weniger entscheidend ist für die Entwicklung von posttraumatischem Wachstum als das, was in dieser Zeit passiert. Das posttraumatische Wachstum bleibt relativ stabil nach sechs Monaten nach der Verletzung (Frazier et al., 2001).</p> <p><i>Posttraumatisches Wachstum, psychische Belastung und Lebensqualität:</i> Personen mit posttraumatischem Wachstum geben nicht unbedingt eine bessere Lebensqualität oder eine kleinere Belastung an als Personen ohne posttraumatisches Wachstum. Es wurde nahegelegt, dass eine Verminderung der psychischen Belastung nicht zu posttraumatischem Wachstum führt, aber posttraumatisches Wachstum vor psychischer Belastung schützen könnte oder Wachstum in Verbindung steht mit weniger psychischer Belastung in den Jahren nach der Verletzung (Frazier et al., 2001). Eine Verminderung der psychischen Belastung fördert nicht unbedingt das posttraumatische Wachstum, aber die Erfahrung des Wachstums könnte die Langzeit-Belastung mildern und zu einer besseren Anpassung und Lebensqualität führen.</p> <p>Religion und Spiritualität <i>Religion und Spiritualität bei der Bewältigung von Brandverletzungen:</i> Nach dem Wissensstand der Autorinnen wurde nur eine einzige empirische Studie über die Rolle von Religion und Spiritualität bei der Erholung und im Bewältigungsprozess nach einer Brandverletzung publiziert. Magyar-Russell et al. (2007) untersuchten die Prävalenz von religiösem und spirituellem Coping und dessen Auswirkungen auf die mentale und körperliche Funktion bei Verbrennungspatienten und Verbrennungspatientinnen in einem regionalen Verbrennungszentrum in der Mittelatlantischen Region der USA. Querschnitts-Assessments wurden im Spital, 1, 6, 12 und 24 Monate nach der Verletzung durchgeführt. Das Sample war überwiegend christlich (62%) und gab an, „moderat religiös und spirituell“ zu sein (57%). Die Nutzung von positivem religiösem Coping war signifikant grösser als von negativem religiösem Coping. Während der Hospitalisation war positives religiöses Coping verbunden mit besserer physischer Funktion. Negatives religiöses Coping stand in Beziehung mit verschiedenen ungünstigen Ergebnissen: Schlechter Schlaf und Symptome von posttraumatischem Stress 6 und 12 Monate nach der Verletzung, Körperbild-Unzufriedenheit 6 und 24 Monate nach der Verletzung und schlechtere psychische Verfassung 6 Monate nach der Verletzung. Die Resultate dieser Studie zeigen an, dass Brandverletzte häufig religiöse und spiritu-</p>	<p>leisten und Distress zu stabilisieren. Zusätzlich müssen wichtige soziale Unterstützungsbeziehungen erneuert oder neu gegründet werden. Es braucht einen sicheren Platz für den Patienten oder die Patientin, um sein Weltbild wiederaufzubauen und neu zu strukturieren. Die Anwendung von Erzählungen, um das Ereignis gegenüber anderen Personen offenzulegen und zu beschreiben, kann diesen Prozess fördern (Calhoun & Tedeschi, 1999).</p> <p><i>Interventionen zur Förderung des religiösen und spirituellen Bewältigungsprozesses:</i> Der grösste Teil der Interventionen bei religiösen und spirituellen Mühen, wurden in Bezug auf bestimmte Erlebnisse entwickelt (Magyar-Russell & Pargament, 2006). Die Entwicklung und Testung von spiritualitäts-integrieren Interventionen, die spezifisch sind für die psychischen, physischen und religiösen/spirituellen Herausforderungen von Brandverletzten ist ein wichtiges Ziel. Ein anderer nützlicher Ansatz, der die Akzeptanz, gesunde Anpassung und Wachstum nach einer Brandverletzung vereinfachen könnte, ist die Integration des Nutzens von kognitiven Techniken in Religion und Spiritualität. Beispiele: Ein Verständnis der einzigartigen religiösen und spirituellen Sinn-</p>
--	--	--	---

<p>Es wird die Rolle von Religion und Spiritualität in der Erholung nach einer Brandverletzung diskutiert.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf Linley und Joseph (2004) warnen, dass es zu einer fehlerhaften Sichtweise von posttraumatischen Reaktionen führen kann, wenn man sich nur auf die negativen Konsequenzen nach einer Verletzung fokussiert. Dadurch kann die Hoffnung der Betroffenen unbeabsichtigt vermindert werden, eine bedeutende Besserung zu erreichen. Es ist ebenso wichtig wie die negativen Auswirkungen, auch positive Emotionen und Wachstum zu erforschen. Standardisierte Messungen müssen sowohl Fragen über negative, als auch positive Emotionen beinhalten.</p>		<p>elle Coping-Arten benutzen, um den Stress und das Trauma ihrer Verbrennung zu managen. Wenn auch positives religiöses Coping häufiger angegeben wird, wird negatives religiöses Coping verknüpft mit grösserer psychischer Belastung und physischen Beeinträchtigungen nach der Verbrennung und rechtfertigt dadurch weitere Untersuchungen und klinische Beachtung.</p> <p><i>Religion und Spiritualität bei der Bewältigung anderer Krankheiten/Verletzungen:</i> Die Rolle von Religion und Spiritualität wurde auch bei anderen Krankheiten und Verletzungen untersucht. Bei Patienten und Patientinnen, die Hospitalisation, Rehabilitation und chronischen Gesundheitsproblemen gegenüberstehen, stehen religiöse und spirituelle Überzeugungen und Praktiken in Verbindung mit Lebenszufriedenheit und Lebensqualität (Riley et al., 1998), Selbstwertgefühl (Harris et al., 1995), emotionalem Wohlbefinden (Kim, Heinemann, Bode, Sliwa, & King, 2000) und funktionellen Ergebnissen (Fitchett et al., 1999, Pressman, Lyons, Larson, & Strain, 1990).</p> <p><i>Fazit Religion und Spiritualität:</i> Die empirischen Ergebnisse von einem weiten Bereich an Patientenpopulationen deuten auf wichtige Zusammenhänge zwischen Religion/Spiritualität und den Ergebnissen nach Verletzungen hin und betonen die Wichtigkeit, die positive und negative Rolle, die Religion und Spiritualität in der Erholung und im Bewältigungsprozess von Brandverletzten spielen können, zu berücksichtigen.</p> <p>Assessment von Religion und Spiritualität Kurz-Assessments könnten die vier Fragen beinhalten, die von der Arbeitsgruppe des American College of Physicians vorgeschlagen werden (Arnoldo et al., 2006, Lo, Quill & Tulsy, 1999, Post, Puchalski, & Larson, 2000):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Betrachten Sie sich als spirituell oder religiös? 2. Wie wichtig sind diese Überzeugungen für Sie und beeinflussen sie ihre Selbstfürsorge? 3. Gehören Sie zu einer spirituellen Gemeinschaft? 4. Wie könnten sich Gesundheitsfachpersonen am besten mit ihren Bedürfnissen in diesem Bereich befassen? <p>Wenn ein Patient oder eine Patientin angibt, dass Religion und Spiritualität kein wichtiger Faktor in seiner oder ihrer medizinischen Versorgung ist, können andere Bewältigungsstrategien erkundet werden, die für ihn oder</p>	<p>Systeme eines Patienten oder einer Patientin über die Brandverletzung erlangen, Betroffenen helfen, die Herkunft ihrer religiösen Annahmen und automatischen Gedanken zu identifizieren, absolutes oder alternatives Denken hinterfragen (Nielsen, Johnson, & Ellis, 2001, Richards & Bergin, 2005, Shafranske, 1996, Worthington, Kurusu, McCullough, & Sandage, 1996). Verhaltensstrategien könnten Brandverletzten ebenfalls bei ihrem persönlichen religiösen und spirituellen Bewältigungsprozess helfen (Miller & Martin, 1988, Propst, 1988, 1996). Techniken wie eine Aktivitätsplanung könnten genutzt werden, um Zeit für Besinnung, Meditation, Gebete und Entspannung- oder Atmungsübungen einzuplanen. Es ist auch wichtig, zu berücksichtigen, dass jeder Kliniker und jede Klinikerin innerhalb seiner oder ihrer professionellen und persönlichen Grenzen arbeiten muss. Das Verständnis des vergangenen und aktuellen Weltbildes der Brandverletzten, inklusive ihres religiösen und spirituellen Glaubenssystems, erhöht die Fähigkeit der Kliniker und Klinikerinnen, mit den Betroffenen effektiv und einfühlsam zu arbeiten. Die Herausforderung hierbei ist es, den Brandverletzten zu helfen, die religiösen und</p>
--	--	---	--

		<p>sie wichtig sind. Wenn ein Patient oder eine Patientin auf diese Fragen mit einer spezifischen religiösen oder theologischen Angelegenheit antwortet, oder mit einer religiösen Überzeugung, die der empfohlenen medizinischen Behandlung zuwiderläuft, sollte das Thema genauer mit dem Patienten oder der Patientin und/ oder ihrem Geistlichen/ Seelsorgenden besprochen werden (Koenig, 2000).</p> <p>Religion und Spiritualität in Bezug auf posttraumatisches Wachstum Die Art, wie Religion und Spiritualität mit Wachstum nach einer Verletzung verbunden sind, wird gezeigt bei einem Sample von Krebsbetroffenen (Ardelt et al., 2008). Religiöse Fokusgruppenmitglieder fühlten, dass sie die Kontrolle über ihr Leben wiedererlangten, indem sie die Kontrolle an Gott abgaben. Sie gaben ebenfalls an, dass ihre Krankheit ein Auslöser für persönliches und spirituelles Wachstum gewesen sei und dies zu emotionaler Heilung geführt habe. In verschiedenen Studien (siehe Schaefer et al., 2008) war intrinsische Religiosität verbunden mit einer schwächeren Schwere von PTSD-Symptomen über die Zeit, aber einer höheren Belastung direkt nach der Verletzung und erhöhtem posttraumatischem Wachstum acht oder mehr Monate nach der Verletzung.</p>	<p>spirituellen Stärken zu identifizieren und heranzuziehen, die für sie und die vorliegende Situation am besten passen und den Betroffenen zu helfen, auf Akzeptanz, gesunde Anpassung und Wachstum nach der Brandverletzung hinzuarbeiten.</p>
--	--	---	--

Abbildung 3. Hypothetisches Modell der Anpassung nach einer Brandverletzung (Wiechman Askay et al., 2009)

574 S. W. Askay & G. Magyar-Russell

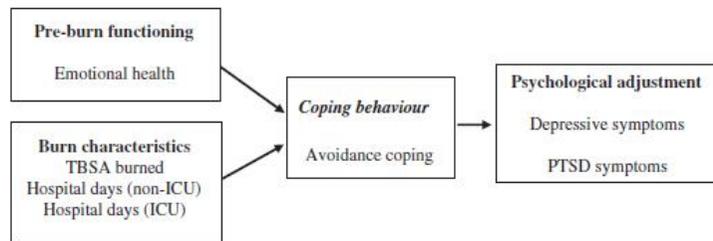


Figure 1. Hypothesized bio-psychosocial model of adjustment to burn injury.

Evidenzlage:

Es handelt sich um ein integratives Review, welches sich auf der zweituntersten Stufe der 6-S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) «Synopses of Studies» befindet.

Anhang B7b: CASP Wiechman Askay et al. (2009)

Referenz: Wiechman Askay, S., & Magyar-Russell, G. (2009). Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *International Review Of Psychiatry*, 21(6), 570–579. <https://doi.org/10.3109/09540260903344107>

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): Making Sense Of Evidence
10 Questions to Help You Make Sense of Reviews

How to Use This Appraisal Tool

- Three broad issues need to be considered when appraising the report of a systematic review:
 - Is the study valid?
 - What are the results?
 - Will the results help locally?
- The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically.
- The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions.
- You are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question.
- These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question?
 Yes Can't Tell No
 HINT: Consider if the question is 'focused' in terms of:
 ○ the population studied
 ○ the intervention given or exposure
 ○ the outcomes considered

2. Did the review include the right type of study?
 Yes Can't Tell No
 HINT: Consider if the included studies:
 ○ address the review's question
 ○ have an appropriate study design

Keine konkrete Fragestellung der Beschreibung der Inhalte des Artikels ist in der Einleitung vorhanden.
 Konkrete Fragestellung bei integrativem Reviews nicht notwendig

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?
 Yes Can't Tell No
 HINT: Consider whether:
 ○ the results of each study are clearly displayed
 ○ the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity)
 ○ the reasons for any variations in results are discussed

6. How are the results presented and what is the main result?

Gedankengänge sind manchmal unklar, keine klare Kennzeichnung, aus welcher Studie die Aussagen kommen

Is it worth continuing?

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies?
 Yes Can't Tell No
 HINT: Consider:
 ○ which bibliographic databases were used
 ○ if there was follow-up from reference lists
 ○ if there was personal contact with experts
 ○ if the reviewers searched for unpublished studies
 ○ if the reviewers searched for non-English-language studies

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?
 Yes Can't Tell No
 HINT: Consider:
 ○ if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included. Look for:
 • a scoring system
 • more than one assessor

Literatur-recherche ist nicht beschrieben, keine Angaben über Herkunft der eingeschlossenen Studien
 Wird nicht erwähnt, falls überhaupt durchgeführt, bei integrativem Review nicht nötig

Die Resultate werden nach Thema präsentiert: Zuerst werden die Ergebnisse einer Studie vorgestellt, die sich mit Brandverletzungen und posttraumatischem Wachstum befasst. Darauf folgen Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf posttraumatisches Wachstum, Interventionen zur Förderung von posttraumatischem Wachstum und Empfehlungen für zukünftige Forschung. Im zweiten Teil geht wird die Rolle von Religion und Spiritualität nach Verletzungen diskutiert und der Zusammenhang zwischen posttraumatischem Wachstum und Religion und Spiritualität erwähnt. Danach werden das Assessment von Religion und Spiritualität, mögliche Interventionen und die Schlussfolgerung für zukünftige Forschung thematisiert.
 HINT: Consider:
 ○ how the results are expressed (e.g. odds ratio, relative risk, etc.)
 ○ how large this size of result is and how meaningful it is
 ○ how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence

7. How precise are these results?

Sehr schwierig zu beurteilen, da wenig Literatur verwendet wurde und teilweise die Zusammenhänge zwischen einzelnen Aussagen unklar sind.

HINT: Consider:

- if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit?
- if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable

Übertragbarkeit Can the results be applied to the local population?

auf die Schweiz Yes Can't Tell No
ist fraglich, da genaue Angaben zur Population fehlen und nicht nur Aussagen zu

HINT: Consider whether:

- the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results
- your local setting differs much from that of the review
- you can provide the same intervention in your setting

Brandverletzten gemacht werden, sondern auch für andere Patientengruppen. Bezug zur Pflege ist spärlich, fokussiert eher auf Psychotherapien.

© Public Health Resource Unit, England (2006). All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without the prior written permission of the Public Health Resource Unit. If permission is given, then copies must include this statement together with the words "© Public Health Resource Unit, England 2006". However, NHS organisations may reproduce or use the publication for non-commercial educational purposes provided the source is acknowledged.

Schwierig zu beurteilen, da die Studien nicht im Anhang verfügbar sind.

9. Were all important outcomes considered?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider outcomes from the point of view of the:

- individual
- policy makers and professionals
- family/carers
- wider community

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost. If this information is not reported can it be filled in from elsewhere?

Ja, der Artikel sagt aus, dass Fachpersonen posttraumatisches Wachstum und Religion/Spiritualität beachten und mehr ansprechen sollten. Sie sollten ein Umfeld schaffen, das posttraumatisches Wachstum ermöglicht.

Weitere Kommentare:

- + Thema ist pflegerrelevant und passend für die Bachelorarbeit
- + Vorhandene Literatur wird für eine theoretische Einbettung verwendet
- + Wichtigkeit der Arbeit wird begründet
- + Design ist passend zum Ziel des Reviews
- +/- Unklarer Aufbau des Artikels, kein EMED-Format, ist aber designbedingt
- +/- Einschlussverfahren ist nicht dargestellt, designbedingt
- keine methodologische Reflexion, Vorgehen unklar, ist jedoch designbedingt (integratives Review)
- +/- Ethik wird nicht diskutiert, auch nicht notwendig bei Review
- Referenzen der unterschiedlichen Aussagen sind nicht konsequent angegeben
- + Widersprüchliche Aussagen werden aufgezeigt
- Limitationen werden nicht diskutiert
- keine Stärken genannt
- +/- Praxistransfer ist vorhanden, allerdings recht allgemein und Herleitung ist unklar

Anhang B8: AICA Wikehult et al. (2008)

Zusammenfassung der Studie

Evaluation of negative emotional care experiences in burn care.

Wikehult, B., Hedlund, M., Marsenic, M., Nyman, S. und Willebrand, M. (2008).

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problem Die Studie befasst sich mit negativen emotionalen Erfahrungen von erwachsenen Brandverletzten mit der Betreuung und Pflege. Es werden sechs Emotionen auf ihre Häufigkeit getestet und Zusammenhänge mit anderen Variablen untersucht.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen Eine Verbrennung zu haben und deswegen behandelt zu werden kann dramatische psychische Reaktionen hervorrufen. Die Haupt-Reaktionen während der Hospitalisation sind Angst, Depression, Psychosen/Delirium und Verhaltensprobleme (Patterson et al., 1993, Byers et al., 2001).</p>	<p>Ansatz/Design und Begründung Die Studie hat ein quantitatives Forschungsdesign, es handelt sich vermutlich um ein Querschnittsdesign. Eine Begründung hierfür liegt nicht vor.</p> <p>Stichprobe Untersucht wurden ehemalige Patienten und Patientinnen der Uppsala Burn Unit in Schweden. Diese ist eine von zwei Burn Units in Schweden mit einer nationalen Zuständigkeit für schwere Verbrennungen. Die Teilnehmenden wurden aus der Längsschnittstudie rekrutiert, die den Anstoss zur vorhandenen Studie gegeben hat. Teilnehmende waren hospitalisiert zwischen März 2000 und Oktober 2003. Sie mussten zum Zeitpunkt der Verbrennung mindestens 18-jährig gewesen sein, schwedisch sprechen und durften keine kognitive Dysfunktion, intellektuelle Behinderung oder Demenz haben. 63 Patienten und Patientinnen entsprachen den Kriterien. 10 davon hatten bereits in der Längsschnitt-Studie die Teilnahme verweigert und 10 in der vorliegenden Studie. Eine Person wurde ausgeschlossen aufgrund von aktuellen psychotischen Symptomen. 42 Patienten konnten in die Studie eingeschlossen werden. Die Patienten und Patientinnen, die die Teilnahme verweigerten, unterschieden sich nicht signifikant von den Teilnehmenden bezüglich Gender, Alter, Verbrennungsschwere und ob der Unfall während der Arbeit oder selbstverschuldet stattfand.</p> <p>Datenerhebung Alle Daten wurden von zwei Pflegefachpersonen gesammelt, die nicht in die Verbrennungs-Behandlung involviert und ebenfalls nicht Bestandteil des regulären Forschungsteams waren. Mit Ausnahme der Messung der Persönlichkeitsmerkmale und Patientenzufriedenheit, die aus der Längsschnittstudie entnommen wurden. Die Patienten und Patientinnen erhielten schriftliche Informationen per E-Mail und stimmten der Teilnahme anschliessend telefonisch zu. Die Teilnehmenden wurden danach zufällig in drei Gruppen eingeteilt: Briefliche Umfrage, Telefonische Befragung und persönliches Interview. Alle Teilnehmenden erhielten dieselben Fragen.</p>	<p>Vergleich zwischen Gruppen Die Gruppe, die brieflich befragt wurde, gab insgesamt mehr negative Erfahrungen an. Es gab einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich „Ungewissheit“ und „ Vernachlässigung“, weshalb diese zwei Emotionen aus der weiteren Analyse ausgeschlossen wurden.</p> <p>Negative emotionale Erfahrungen Insgesamt wurden tiefe Levels von emotionalen Pflege-Erfahrungen angegeben. Alle Bereiche der möglichen Antworten wurden angegeben, ausser bei „Besorgnis“ und „Unsicherheit“. Die häufigste negative Erfahrung war „Machtlosigkeit“ (vgl. Abbildung 4)</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Negative Emotionen waren assoziiert mit verschiedenen Indikatoren von schwereren Verbrennungen, aber praktisch nicht mit Patientencharakteristiken wie Persönlichkeitsmerkmale und sozio-demographische Daten. Einige negative Erfahrungen hatten auch einen Zusammenhang mit PTSD-Symptomen zum Zeitpunkt der Befragung und der Patientenzufriedenheit.</p> <p>Stärken und Limitationen Das Autorenteam nennt mehrere Limitationen ihrer Studie: Die Fragen, mit denen die negativen emotionalen Erfahrungen gemessen wurden, sind nicht in anderen Patientengruppen validiert worden. Eine andere Limitation ist der Zeitunterschied zwischen dem Krankenhausaufenthalt und der Befragung, was die Erinnerung an die negativen emotionalen Erfahrungen beeinflusst haben könnte. Die kleine Anzahl an Probanden und Probandinnen limitiert die Möglichkeiten der Ergebnis-Übertragung auf Patienten und Patientinnen von anderen</p>

<p>Die meisten Patienten und Patientinnen scheinen zufrieden mit ihrer Pflege und Betreuung. Aber einige Patienten und Patientinnen äussern zum Beispiel Unsicherheit, Angst und Sorge, eine Belästigung zu sein.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Das Ziel der Studie war es, Erinnerungen an negative emotionale Erfahrungen in der Betreuung und Pflege während der Verbrennungs-Behandlung zu untersuchen.</p> <p>Begründung Forschungsbedarf Während einer qualitativen Längsschnittstudie über psychische Erkrankungen bei Verbrennungspatienten und Verbrennungspatientinnen haben verschiedene Teilnehmende spontan von starken Gefühlen während der</p>	<p>Gemessen wurden: Negative emotionale Erfahrungen, Verbrennungsschwere, Patientenzufriedenheit, Persönlichkeitsmerkmale, Psychische Symptome und soziodemographische Daten.</p> <p>Messverfahren/Intervention Negative emotionale Erfahrungen wurden gemessen, indem zu sechs verschiedenen Emotionen angegeben werden konnte, ob diese Niemals, Manchmal, einige Male, oft oder ständig auftraten. Die untersuchten Emotionen sind: Ungewissheit (uncertainty, Did you feel certain that you would get well again? umgekehrtes Scoring) Machtlosigkeit (powerlessness, Did you feel powerless and dejected?) Besorgnis (afraid, Were you afraid that you would not make it?) Unsicherheit (Insecurity, Did you feel safe in the ward?, umgekehrtes Scoring) Belästigung (Nuisance, Did you feel that you were a nuisance in the ward?) und Vernachlässigung (neglected, When you needed assistance in the ward, did you have to wait a long time before anyone came?) Bei zwei Fragen wurde das gegensätzliche, positive Gefühl verwendet, die Scores wurden daher von den Forschenden umgekehrt gesetzt, als sie von den Patienten und Patientinnen angegeben wurden.</p> <p>Zur Messung der Verbrennungsschwere wurden folgende Parameter erhoben: Zeit seit der Verletzung, Total Body Surface Area (TBSA), Total body surface area – full thickness (TBSA-FT), Length of stay (LOS), Anzahl Tage mit unterstützter Atmung, Länge der Krankschreibung.</p> <p>Die Patientenzufriedenheit wurde mit 4 Subskalen des Patient Satisfaction-Results and Quality-Instruments gemessen (PS-RESKVA). Die vier Subskalen heissen Qualität des Kontakts mit Pflegenden, Qualität des Kontakts mit medizinischem Personal, adäquate Behandlungsinformationen und allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung.</p> <p>Die Persönlichkeitsmerkmale wurden mittels Swedish universities Scales of Personality (SSP) erhoben.</p> <p>Psychische Symptome wurden mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Stimmung, Scores von 0-3) und mit der schwedischen Version der Impact of Event Scale – Revised (IES-R, Symptome von PTSD, Scores 0-5) gemessen. Bei beiden Skalen bedeutet ein höherer Score ein stärkeres Symptom.</p> <p>Als sozio-demographische Variablen wurden Gender, Alter, Zivilstand, Bildung, Arbeitsstatus und Einkommen erhoben.</p> <p>Datenanalyse</p>	<p>Zusammenhänge mit Verbrennungsschwere „Besorgnis“ hat einen Zusammenhang mit einer längeren Zeit mit atemunterstützenden Massnahmen, mit grösserer TBSA-FT und längerer Aufenthaltsdauer. „Machtlosigkeit“ hat einen positiven Zusammenhang mit TBSA und LOS. Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen „Belästigung“ und der Zeit seit der Verletzung. Es gab keine signifikanten Assoziationen mit der Länge der Krankschreibung.</p> <p>Zusammenhänge mit Patientenzufriedenheit „Unsicherheit“ und „Belästigung“ haben einen negativen Zusammenhang mit der Qualität des Kontakts mit Pflegenden. Zusammenhänge mit Persönlichkeitsmerkmalen Keine signifikanten Zusammenhänge nachweisbar.</p>	<p>Ländern und Kulturen. Die negativen emotionalen Erfahrungen könnten sich aufgrund unterschiedlicher Betreuungsabläufe auch zwischen verschiedenen Verbrennungsstationen unterscheiden.</p> <p>Es werden auch Stärken der Studie genannt: Die Datensammlung und alle Kontakte mit den Patienten und Patientinnen wurden von zwei Pflegefachpersonen durchgeführt, die nicht in die Verbrennungs-Behandlung involviert waren. Die Fragen der Studie wurden gut toleriert von den Teilnehmenden (alle ausser eine Person würden wieder in einer solchen Studie mitmachen). Eine andere Stärke der Studie ist das repräsentative Sample. Die Anzahl Teilnehmender war zwar klein, sie repräsentierten aber 67% von allen geeigneten erwachsenen Patienten und Patientinnen der Uppsala Burn Unit und 81% von allen erwachsenen Forschungsteilnehmenden auf der Burn unit.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis Pflegefachpersonen sollten aufmerksam sein für das Erleben von „Machtlosigkeit“, da dies als häufigste negative Emotion angegeben wurde und ein Zusammenhang mit PTSD besteht.</p>
---	--	---	--

<p>Hospitalisation erzählt. Es ist wichtig, das Ausmass zu kennen, in welchem Patienten und Patientinnen auf Verbrennungsstationen an negativen Emotionen leiden, um eine optimale Pflege und Betreuung entwickeln zu können.</p>	<p>Datenniveau: Gruppeneinteilungen Befragungsart: Nominalniveau Emotionale Erfahrungen: Ordinalniveau / Rangniveau Zeit seit Verletzung: Proportionalniveau TBSA: Proportionalniveau TBSA-FT: Proportionalniveau LOS: Proportionalniveau Anzahl Tage mit unterstützter Atmung: Proportionalniveau Länge der Krankschreibung: Proportionalniveau PS-RESKVA: Skalenniveau nicht bestimmbar, keine Beschreibung im Internet gefunden SSP: Ordinalniveau HADS: Ordinalniveau IES-R: Ordinalniveau Gender: Nominalniveau Alter: Proportionalniveau Zivilstand: Nominalniveau Bildung: Nominalniveau Arbeitsstatus: Nominalniveau Einkommen: Proportionalniveau</p> <p>Statistische Verfahren: Es wurden schliessende, nonparametrische Verfahren verwendet, aufgrund des Fehlens einer Normverteilung der Daten bezüglich negativen Emotionalen Erfahrungen. Folgende Tests wurden eingesetzt: Spearman-Korrelation, U-Test, und Chi-Quadrat-Test). Beim Vergleich zwischen den drei Befragungsgruppen wurde eine ANOVA gewählt (parametrisches Verfahren). Sie produzierte genau dasselbe Resultat wie der nonparametrische Kruskal-Wallis-Test. Die drei Gruppen unterschieden sich in keiner unabhängigen Variable ausser dem HADS-Score.</p> <p>Ethik Die Studie wurde gemäss den ethischen Prinzipien der Helsinki-Deklaration durchgeführt und wurde genehmigt vom Ethik-Komitee der Uppsala Universität. Nach der Befragung wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie wieder an einer ähnlichen Studie teilnehmen würden, was alle ausser eine Person bejahten.</p>	<p>Zusammenhänge mit psychischen Symptomen „Machtlosigkeit“ hat einen Zusammenhang mit dem IES-R Total-Score. Es konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit der HADS gemessen werden.</p> <p>Zusammenhänge mit sozio-demographischen Daten Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalls arbeiteten, gaben weniger „Belästigung“ an. Es gab keine signifikanten Zusammenhänge mit Alter, Gender, Zivilstand, Bildung oder Einkommen.</p>	<p>Verbrennungspflegefachpersonen sollten sich auf verbale und non-verbale Zeichen von "Besorgnis", Angst oder Furcht achten und diese Gefühle an den ärztlichen Dienst weiterleiten, da solche Erfahrungen ebenfalls assoziiert sind mit mehr PTSD-Symptomen zwei Monate nach einem Aufenthalt auf einer Intensivstation (Samuelson et al., 2004, 2005). Das Ziel sollte es sein, negative Emotionen zu erkennen und vermeiden. Die empathische Kommunikation zwischen Personal und Patient oder Patientin sollte verbessert werden, damit negative emotionale Erfahrungen richtig angegangen werden können.</p> <p>In zukünftiger Forschung sollten die Arten von Situationen genauer untersucht werden, durch die die negativen Gefühle ausgelöst werden. Ein Weg, die Pflege in der Verbrennungs-Behandlung zu verbessern, könnte es sein, reliable und valide Instrumente zur Entdeckung von negativen emotionalen Erfahrungen zu entwickeln.</p>
---	--	---	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage für unsere Bachelorarbeit. Das Ziel der Studie ist klar definiert. Das Thema wird mittels vorbestehender Literatur erklärt und dargestellt.</p>	<p>Ansatz/Design und Begründung Das Design der Studie wird nicht diskutiert. Um die Häufigkeit der untersuchten Emotionen herauszufinden, eignet sich der quantitative Ansatz gut, ebenfalls zur Untersuchung der Zusammenhänge mit anderen Variablen. Interne und externe Validität werden nicht diskutiert.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobenziehung scheint angemessen, da die Forscher auf einen vorsortierten Pool von Patienten und Patientinnen zugreifen und so den Aufwand für beide Seiten geringhalten konnten. Es ist keine Begründung für die Einschlusskriterien der Patienten und Patientinnen angegeben. Zielpopulation wird keine genannt. Aufgrund der Zielformulierung ist jedoch davon auszugehen, dass Aussagen nicht nur für Patienten und Patientinnen der Uppsala Burn Unit, sondern für die Gesamtheit der Betroffenen gemacht werden sollen. Eine Übertragbarkeit auf schwedische Patienten und Patientinnen ist gut vorstellbar, da die Uppsala Burn Unit die Bewohnenden des nördlichen und zentralen Teils Schwedens abdeckt. Eine sample size calculation wurde nicht durchgeführt, die Stichprobe setzt sich aus den verfügbaren Patienten und Patientinnen zusammen. Drop-outs werden keine angegeben.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung durch unabhängige Personen ermöglicht es den Teilnehmenden, unabhängiger von den Forschenden zu sein und setzt die Voraussetzung für eine geringe Beeinflussung der Antworten. Von allen Teilnehmenden wurden die gleichen Daten erhoben, jedoch mit unterschiedlichen Befragungsmethoden (brieflich, telefonisch und persönlich).</p> <p>Messverfahren/Intervention Die Auswahl der Messinstrumente und ihre Reliabilität und Validität wird nicht diskutiert. Die Autoren haben die Fragen zu den Emotionen selbst ausgearbeitet, deshalb ist keine Aussage über Reliabilität und Validität möglich. Die Daten der Verbrennungsschwere und soziodemographischen Variablen sind Fakten. Bei PS-RESKVA, SSP, HADS und IES-R ist davon auszugehen, dass sie reliabel und valide sind, da die Messinstrumente auf Forschungs-Webseiten (reserachgate.net, sciencedirect.com) gefunden werden können.</p> <p>Datenanalyse Nonparametrische Verfahren sind angezeigt bei Daten unter dem Intervallniveau oder wenn nicht davon ausgegangen werden kann, dass eine Normalverteilung in der Population vorhanden ist. Die verwendeten Tests entsprechen den Datenniveaus. Ein Signifikanzniveau wird nicht explizit erwähnt.</p> <p>Ethik Alle relevanten ethischen Fragen wurden diskutiert.</p>	<p>Die Ergebnisse werden präzise und nachvollziehbar dargestellt und jeweils mit dem Signifikanzniveau belegt.</p>	<p>Die Ergebnisse werden diskutiert und nachvollziehbar interpretiert. Stärken und Schwächen der Studie werden angegeben. Abgesehen von den Unklarheiten im Methodenteil (Fehlende Diskussion des Designs, der Güte der Messinstrumente etc.) werden alle Schwächen genannt. Die Studie ist reproduzierbar. Die Umsetzung in die Praxis wird diskutiert. Die Studie dient dem Zweck der Verbesserung der Pflegepraxis, da sie das Erleben der Patienten und Patientinnen wiedergibt und darauf aufmerksam macht, auf was geachtet werden sollte.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität: (Bartholomeyczik 2008, S. 75)

- + Einflüsse auf die Ergebnisse wurden durch die Einsetzung von unabhängigen Pflegefachpersonen als Forschende minimiert.
- Die Fragen nach negativen emotionalen Erfahrungen wurden vom Forscherteam selbst entwickelt, deshalb sind keine Aussagen zur Reliabilität und Validität möglich. Die Auswahl der anderen verwendeten Messinstrumente und ihre Objektivität, Reliabilität und Validität sind nicht diskutiert.

Reliabilität, Zuverlässigkeit: (Bartholomeyczik 2008, S. 95)

- Bei Wiederholung der Studie könnten leicht andere Daten gemessen werden, da die Studienteilnehmenden alle aus derselben Verbrennungsstation stammen.
- + Die Studie könnte von anderen Forschern reproduziert werden, da der Prozess der Datenerhebung genau beschrieben ist.
- Die Datenanalyse wird zu wenig genau beschrieben, es ist nicht nachvollziehbar, für welche Vergleiche welche statistischen Tests verwendet wurden.

Validität, Gültigkeit (Bartholomeyczik 2008, S. 117)

- + Das Forschungsdesign ist dem Ziel angepasst.
- Die Validität der Messinstrumente ist nicht angegeben.
- Interne und externe Validität werden nicht diskutiert.

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der 6-S-Pyramide von DiCenso et al. (2009), da es sich um Primärliteratur (datenbasierte Arbeit) handelt.

Abbildung 4. Fragen zum Messen von negativen emotionalen Erfahrungen der Pflege (Wikehult et al. 2008)

Table 1 Questions assessing negative emotional care experiences

Question	Label	Nor at all	Some times	Several times	Often	All of the time	Yes ¹	No ²
1 Did you feel certain that you would get well again?	Uncertainty ⁵	18	13	3	5	3	24 (57%)	18 (43%)
2 Did you feel powerless and dejected?	Powerlessness	14	14	3	9	2	28 (67%)	14 (33%)
3 Were you afraid that you would not make it?	Afraid	33	4	3	2	0	9 (21%)	33 (79%)
4 Did you feel safe in the ward?	Insecurity ⁵	36	4	2	0	0	6 (14%)	36 (86%)
5 Did you feel that you were a nuisance in the ward?	Nuisance	29	8	2	2	1	13 (31%)	29 (69%)
6 When you needed assistance in the ward, did you have to wait a long time before anyone came?	Neglected	33	7	1	0	1	9 (21%)	33 (79%)

¹Comprises number of respondents reporting any degree of negative experience.

²Comprises number of respondents reporting no negative experience at all.

⁵Reversed scoring.

Anhang C: Assessmentinstrumente

Anhang C1: Adult hope scale

Abbildung 5. Adult hope scale – AHS (Snyder et al., 1991)

The Trait Hope Scale

Directions: Read each item carefully. Using the scale shown below, please select the number that best describes YOU and put that number in the blank provided.

- 1. = Definitely False
- 2. = Mostly False
- 3. = Somewhat False
- 4. = Slightly False
- 5. = Slightly True
- 6. = Somewhat True
- 7. = Mostly True
- 8. = Definitely True

- ___ 1. I can think of many ways to get out of a jam.
- ___ 2. I energetically pursue my goals.
- ___ 3. I feel tired most of the time.
- ___ 4. There are lots of ways around any problem.
- ___ 5. I am easily downed in an argument.
- ___ 6. I can think of many ways to get the things in life that are important to me.
- ___ 7. I worry about my health.
- ___ 8. Even when others get discouraged, I know I can find a way to solve the problem.
- ___ 9. My past experiences have prepared me well for my future.
- ___ 10. I've been pretty successful in life.
- ___ 11. I usually find myself worrying about something.
- ___ 12. I meet the goals that I set for myself.

Note. When administering the scale, it is called The Future Scale. The agency subscale score is derived by summing items 2, 9, 10, and 12; the pathway subscale score is derived by adding items 1, 4, 6, and 8. The total Hope Scale score is derived by summing the four agency and the four pathway items.

Anhang C2: Brief COPE

Abbildung 6. Brief COPE (Muller & Spitz, 2003)

Annexe

PRÉSENTATION DES ITEMS ET DES ÉCHELLES DU BRIEF COPE ET RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION

I LES ITEMS DU BRIEF COPE :

1. Je me suis tourné vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.
2. J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.
3. Je me suis dit que ce n'était pas réel.
4. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.
5. J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.
6. J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.
7. J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.
8. J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.
9. J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.
10. J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes.
11. J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.
12. Je me suis critiqué.
13. J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.
14. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.
15. J'ai abandonné l'espoir de faire face.
16. J'ai pris la situation avec humour.
17. J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).
18. J'ai exprimé mes sentiments négatifs.
19. J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.
20. J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.
21. J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.
22. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.
23. J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.
24. J'ai planifié les étapes à suivre.
25. Je me suis reproché les choses qui m'arrivaient.
26. J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.
27. J'ai prié ou médité.
28. Je me suis amusé de la situation.

III LES ÉCHELLES DU BRIEF COPE

- Coping actif : 2 et 20
- Planification : 13 et 24
- Soutien instrumental : 10 et 19
- Soutien émotionnel : 5 et 14
- Expression des sentiments : 9 et 18
- Réinterprétation positive : 11 et 26
- Acceptation : 8 et 23
- Déni : 3 et 21
- Blâme : 12 et 25
- Humour : 16 et 28
- Religion : 7 et 27

- Distraction : 1 et 17
- Utilisation de substances : 4 et 22
- Désengagement comportemental : 6 et 15

III RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION

Le Brief COPE est présenté ici dans un format situationnel (contextuel). Carver a voulu que cet outil puisse être utilisé selon deux formats en fonction des intérêts du chercheur qui l'utilise. Le second format est donc un format dispositionnel. Selon que l'on a besoin d'utiliser l'un ou l'autre des formats, les items restent les mêmes. Seuls la consigne et le temps de conjugaison des items changent. La version présentée ci-dessus a été validée en demandant aux gens de se référer à un événement stressant qu'ils avaient vécu récemment. Cependant, dans son format dispositionnel, cette échelle fait appel aux réponses habituelles des gens face aux situations stressantes de leur vie. Dans ce cas, le temps de conjugaison des items est le présent (par exemple, l'item 1 se lirait : je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées).

Les choix de réponse proposée étaient : « pas du tout », « de temps en temps », « souvent », et « toujours ». (Score de 1 à 4)

Anhang C3: BSHS-B

Tabelle 9

Burn Specific Health Scale (Elsherbiny, Salem, El-Sabbagh, Elhadidy, & Eldeen, 2011)

Tool:

The Burn Specific Health Scale (BSHS-B)

Items	Extremely	Quite a bit	Moderately	A little Bit	Not at all
1-Simple abilities					
How much difficulty do you have?					
1. Bathing independently.					
2. Dressing by yourself.					
3. Getting in and out of a chair.					
2-Hand function					
4. Signing your name.					
5. Eating with utensils.					
6. Tying shoelaces, bows, etc.					
7. Picking up coins from a flat surface.					
8. Unlocking a door.					
3-Affect					
To what extent does each of the following statements describe you?					
9. I am troubled by feeling of loneliness.					
10. I often feel sad or blue.					
11. At times, I think I have had an emotional problem.					
12. I am not interested in doing things with my friends					
13. I don't enjoy visiting people.					
14. I have no one to talk to about my problems.					
15. I have feelings of being trapped or caught.					

Tabelle 10
Burn Specific Health Scale (Elsherbiny et al., 2011)

Items	Extremely	Quite a bit	Moderately	A little Bit	Not at all
4-Body image					
16. Sometimes, I would like to forget that my appearance has changed.					
17. I feel that my burn is unattractive to others.					
18. My general appearance really bothers me.					
19. The appearance of my scars bothers me.					
5-Interpersonal relationship					
20. My injury has put me further away from my family.					
21. I would rather be alone than with my family.					
22. I don't like the way my family acts around me.					
23. My family would be better off without me.					
6-Sexuality					
24. I feel frustrated because I cannot be sexually aroused as well as I used to.					
25. I am simply not interested in sex any more.					
26. I no longer hug, hold or kiss.					
7-Heat sensitivity					
27. Being out in the sun bothers me.					
28. Hot weather bothers me.					
29. I can't get out and do things in hot weather.					
30. It bothers me that I can't get out in the sun.					
31. My skin is more sensitive than before.					

Tabelle 11
Burn Specific Health Scale (Elsherbiny et al., 2011)

Items	Extremely	Quite a bit	Moderately	A little Bit	Not at all
8-treatment regimens					
To what extent does each of the following statements describe you?					
32. Taking care of my skin is a bother.					
33. There are things that I've been told to do for my burn that I dislike doing.					
34. I wish that I didn't have to do so many things to take care of my burn.					
35. I have a hard time doing all the things I've been told to take care of my burn.					
36. Taking care of my burn makes it hard to do other things that are important to me.					
9-Work					
To what extent does each of the following statements describe you?					
37. My burn interferes with my work.					
38. Being burned has affected my ability to work.					
39. My burn has caused problems with my working.					
40. How much difficulty do you have working in your old job performing your old duties?					

Tabelle 12
Vergleich der Versionen der BSHS (Kildal, 2003)

BSHS-A	BSHS-R	BSHS-B
80 items	31 items	40 items
8 domains	6 domains	9 domains
Mobility and Self-Care	Simple Functional Abilities	Simple Abilities
Family/Friends	Interpersonal Relationships	Interpersonal Relationships
Body Image	Body Image/Affect	Body Image
Affective		Affect
Hand Function		Hand Function
Sexual Activity		Sexuality
	Heat Sensitivity	Heat Sensitivity
	Treatment Regimens	Treatment Regimens
	Work	Work
Role Activities		
General Functioning		

Kildal, M. (2003). *Perceived Physical and Psychological Outcome After Severe Burn Injury* (Doctoral thesis, Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala, Sweden). Retrieved from <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:162606/FULLTEXT01>

Anhang C4: BPAT

Tabelle 13

BPAT (Wisely, Hoyle, Tarrier, & Edwards, 2007)

**PART I BURNS PSYCHOLOGY ASSESSMENT TOOL (BPAT)
ASSESSMENT OF RISK**

Patient Name..... Identification number.....

Date..... Rated By.....

Please tick all that apply.

	Score
TRAUMA RELATED RISK FACTORS	
Sudden, unexpected <input type="checkbox"/>	
Assault/ violence/ interpersonal violence <input type="checkbox"/>	
Self-harm/ suicide attempt <input type="checkbox"/>	
PRE-TRAUMA RISK FACTORS	
Previous mental health problems <input type="checkbox"/>	
Prior psychological adjustment in general (e.g. particularly low self esteem and depression) <input type="checkbox"/>	
Female <input type="checkbox"/>	
Ethnic Minority <input type="checkbox"/>	
Previous history of exposure to trauma <input type="checkbox"/>	
PERI-TRAUMATIC FACTORS	
Perceived threat, danger, terror or fear for life during the accident <input type="checkbox"/>	Belief rating %
Real or perceived responsibility <input type="checkbox"/>	Belief rating %
Dissociation at the time of trauma (e.g. no memory for accident –not due to alcohol or drugs) <input type="checkbox"/>	
POST-TRAUMA FACTORS	
No or low level of social support likely to be available <input type="checkbox"/>	
Likely significant secondary stress /resource loss as a result of accident (e.g. main wage earner and likely loss of earnings/ loss of possessions in fire) <input type="checkbox"/>	
TOTAL SCORE	

Score '1' for all items ticked and collate to form a total 'risk score'.

Tabelle 14
BPAT (Wisely et al., 2007)

PART 2 BURNS PSYCHOLOGY ASSESSMENT TOOL (BPAT)

Patient Name..... Identification Number.....

Assessment Number..... Date

Assessment Conducted Yes/No If 'no' state reason

	Patient Reports	Nurses Report
Treatment Anxiety		
1. Reports anxiety about treatment		
2. Physical symptoms of anxiety (shaking, sweating, hyperventilation, palpitations, butterflies)		
3. Uncooperative/adherence difficulties		
4. Negative interactions with staff		
5. Undue expression of pain (reports/body language)		
Outcome Related Anxiety		
6. Reports anxiety about the future Detail...		
7. Reports concern re future scarring/ disfigurement		
8. Reports feeling hopeless/unable to cope *		
Depression		
9. Reports feeling depressed		
10. Withdrawn		
11. Crying		
12. Poor appetite/losing weight		
13. Poor sleep		
14. Difficulty concentrating		
15. Reports hopelessness *		
16. Reports feeling suicidal /self-harms*		
Trauma		
17. Nightmares/flashbacks		
18. Reports persistent re-experiencing of trauma		
19. Increased anxiety/easily startled		
20. Avoidance/unwilling to discuss accident		
21. Mood swings/irritable		
22. Psychotic Symptoms*		
TOTAL SCORE		

*Score 2 for these items

Abbildung 7. BPAT (Wisely et al., 2007)

RISK

Which category does the patient fall into?

No Risk	0-1 PAT <11 HADS Total Score <15 IES Total Score
Low Risk	2-3 PAT <11 HADS <15 IES
Moderate Risk	4-7 PAT >11 HADS >14 IES
High risk	8+ PAT Any individual score of 2. If the patient has suicidal thoughts which are persistent and difficult to resist. If the patient has psychotic symptoms

ACTION

No Risk (0-1 PAT)

- I. Administer interventions as deemed appropriate e.g. if anxious regarding future scarring, provide information leaflet on scarring, if report nightmares, normalise.

Low Risk (2-3 PAT)

- I. Administer interventions as per training package, dependent upon individual presentation of patient. Therefore if patient only presents with acute stress symptomology, only administer these interventions.

Moderate Risk (4-7 PAT)

- I. Administer interventions as per training package, dependent upon individual presentation of the patient.
- II. Refer to clinical psychology /Clinical Nurse Specialist.

High Risk (8+ PAT)

- I. **CR** Any individual score of 2 on the PAT should be followed up immediately with risk assessment questions and referral to A&E liaison/duty psychiatrist if warranted.
- II. If in doubt, contact A & E liaison/duty psychiatrist or clinical psychologist for advice.
- III. Administer interventions as per training package, dependent upon individual presentation of the patient.

SUMMARY

Presenting Problems

Action Taken

Anhang C5: CIS

Abbildung 8. Checklist Individual Strength (Bültmann et al., 2000)

Appendix

Checklist Individual Strength

The Checklist Individual Strength (CIS), a 20-item self-report instrument, is published by the University Hospital Nijmegen, Department of Medical Psychology, the Netherlands. The following is the list of items:

1. I feel tired
2. I feel very active
3. Thinking requires effort
4. Physically I feel exhausted
5. I feel like doing all kind of nice things
6. I feel fit
7. I do quite a lot within a day
8. When I am doing something, I can concentrate quite well
9. I feel weak
10. I don't do much during the day
11. I can concentrate well
12. I feel rested
13. I have trouble concentrating
14. Physically I feel I am in a bad condition

15. I am full of plans
16. I am tired very quickly
17. I have a low output
18. I feel no desire to do anything
19. My thoughts easily wander
20. Physically I feel in a good shape

Note. Individuals were asked to indicate how they felt during the last 2 weeks by answering each statement "Yes, that is true" or "No, that is not true" on a 7-point Likert scale. The CIS with scoring is available from the authors of the questionnaire: Jan H. M. M. Vercoulen and Gijs Bleijenberg, University Hospital Nijmegen, P.O. Box 9101, 6500 HB Nijmegen, the Netherlands.

Received July 23, 1999

Revision received January 28, 2000

Accepted March 26, 2000 ■

Anhang C6: CIQ

Tabelle15

CIQ (Sander et al., 1999)

Table 6: New Scoring System for the CIQ

Home Competency Scale

1. Who shops for groceries and other necessities in your household?
- Yourself alone (2 points)
 - Yourself and someone else (1 point)
 - Someone else (0 points)

Score the following items in the same way:

- 2. Who usually prepares meals in your household?
- 3. Who usually does normal everyday housework?
- 4. Who usually looks after your personal finances, such as banking and paying bills?
- 5. Who usually plans social arrangements such as get-togethers with family and friends?

Add items 1 to 5 for Total Home Competency Score: Maximum = 10

Social Integration Scale

How many times per month do you participate in the following activities outside your home?

- 6. Leisure activities, such as movies, sports, restaurants
 - Never (0 points)
 - 1 to 4 times (1 point)
 - 5 or more times (2 points)
- 7. Visiting friends or relatives
 - Never (0 points)
 - 1 to 4 times (1 point)
 - 5 or more times (2 points)
- 8. When you participate in leisure activities, do you usually do this alone or with others?
 - Mostly alone (0 points)
 - Mostly with friends who have brain injuries (1 point)
 - Mostly with family members (1 point)
 - Mostly with friends who do not have brain injuries (2 points)
 - With a combination of family and friends (2 points)
- 9. Do you have a best friend in whom you confide?
 - Yes (2 points)
 - No (0 points)
- 10. How often do you travel outside the home?
 - Almost every day (2 points)
 - Almost every week (1 point)
 - Seldom/never (less than once per week) (0 points)

Add items 6 to 10 for total Social Integration Score: Maximum = 10

Tabelle 16
CIQ (Sander et al., 1999)

Productive Activity Scale

11. Please choose the answer below that best corresponds to your current work situation (during the past month):
- Full time (>20 hours per week)
 - Part time (≤20 hours per week)
 - Not working, but actively looking for work
 - Not working, not looking for work
 - Not applicable, retired due to age
12. Please choose the answer that best corresponds to your current school or training program situation (during the past month):
- Full time
 - Part time
 - Not attending school or training program
-

Tabelle 17
CIQ (Sander et al., 1999)

-
13. In the past month, how often did you engage in volunteer activities?
- Never
 - 1 to 4 times
 - 5 or more times

Use the following system to obtain the Productive Activity Scale

Score:

- 0 = Not working, not looking for work AND not going to school, AND no volunteer activities
 - 1 = Volunteers 1 to 4 times per month AND not working, not looking for work AND not in school
 - 2 = Actively looking for work AND/OR volunteers 5 or more times per month
 - 3 = Attends school part time OR works part time
 - 4 = Attends school full time OR works full time
 - 5 = Works full-time AND attends school part-time OR attends school full-time AND works part-time
-

Anhang C7: COPE

Tabelle 18

Items des COPE Inventory (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)

Table 1
Study 1: COPE Scales: Items Listed by A Priori Scale Assignment, With Loadings on the Factor to Which Each Item Pertains

Scale name and items	Loading	Scale name and items	Loading
Active coping		Positive reinterpretation & growth	
I take additional action to try to get rid of the problem.	.42	I look for something good in what is happening.	.75
I concentrate my efforts on doing something about it.	.37	I try to see it in a different light, to make it seem more positive.	.59
I do what has to be done, one step at a time.	.33	I learn something from the experience.	.23
I take direct action to get around the problem.	.29	I try to grow as a person as a result of the experience.	.19
Planning		Acceptance	
I try to come up with a strategy about what to do.	.73	I learn to live with it.	.68
I make a plan of action.	.68	I accept that this has happened and that it can't be changed.	.60
I think hard about what steps to take.	.53	I get used to the idea that it happened.	.43
I think about how I might best handle the problem.	.49	I accept the reality of the fact that it happened.	.38
Suppression of competing activities		Turning to religion	
I put aside other activities in order to concentrate on this.	.68	I seek God's help.	.95
I focus on dealing with this problem, and if necessary let other things slide a little.	.55	I put my trust in God.	.88
I keep myself from getting distracted by other thoughts or activities.	.51	I try to find comfort in my religion.	.84
I try hard to prevent other things from interfering with my efforts at dealing with this.	.48	I pray more than usual.	.81
Restraint coping		Focus on & venting of emotions	
I force myself to wait for the right time to do something.	.71	I get upset and let my emotions out.	.79
I hold off doing anything about it until the situation permits.	.67	I let my feelings out.	.76
I make sure not to make matters worse by acting too soon.	.62	I feel a lot of emotional distress and I find myself expressing those feelings a lot.	.57
I restrain myself from doing anything too quickly.	.40	I get upset, and am really aware of it.	.45
Seeking social support for instrumental reasons		Denial	
I ask people who have had similar experiences what they did.	.66	I refuse to believe that it has happened.	.75
I try to get advice from someone about what to do.	.65	I pretend that it hasn't really happened.	.72
I talk to someone to find out more about the situation.	.60	I act as though it hasn't even happened.	.52
I talk to someone who could do something concrete about the problem.	.55	I say to myself "this isn't real."	.46
Seeking social support for emotional reasons		Behavioral disengagement	
I talk to someone about how I feel.	.71	I give up the attempt to get what I want.	.49
I try to get emotional support from friends or relatives.	.71	I just give up trying to reach my goal.	.42
I discuss my feelings with someone.	.69	I admit to myself that I can't deal with it, and quit trying.	.37
I get sympathy and understanding from someone.	.58	I reduce the amount of effort I'm putting into solving the problem.	.30
		Mental disengagement	
		I turn to work or other substitute activities to take my mind off things.	.45
		I go to movies or watch TV, to think about it less.	.43
		I daydream about things other than this.	.28
		I sleep more than usual.	.23
		Alcohol-drug disengagement	
		I drink alcohol or take drugs, in order to think about it less.	

Note: Items are listed in order of strength of loading. Loadings for active coping and planning come from a single factor that incorporated both scales. Loadings for seeking social support for instrumental reasons and seeking social support for emotional reasons come from a single factor that incorporated both scales.

Anhang C8: GSE

Tabelle 19

GSE englisch (Schwarzer, Mueller, & Greenglass, 1999)

Generalized Perceived Self-efficacy

	<i>Not at all true</i>	<i>Hardly true</i>	<i>Almost true</i>	<i>Very true</i>
(1) I can always manage to solve difficult problems if I try hard enough.	1	2	3	4
(2) If someone opposes me, I can find means and ways to get what I want.	1	2	3	4
(3) It is easy for me to stick to my aims and accomplish my goals.	1	2	3	4
(4) I am confident that I could deal efficiently with unexpected events.	1	2	3	4
(5) Thanks to my resourcefulness, I know how to handle unforeseen situations.	1	2	3	4
(6) I can solve most problems if I invest the necessary effort.	1	2	3	4
(7) I can remain calm when facing difficulties because I can rely on my coping abilities.	1	2	3	4
(8) When I am confronted with a problem, I can usually find several solutions.	1	2	3	4
(9) If I am in trouble, I can usually think of something to do.	1	2	3	4
(10) No matter what comes my way, I am usually able to handle it.	1	2	3	4

Tabelle 20

GSE deutsch (Schwarzer & Jerusalem, 1999)

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (WIRKALL_r)

Jerusalem & Schwarzer, 1981 (revidiert 1999)

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurechtkommen werde.
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
10. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.

Anhang C9: HADS

Tabelle 21

Items der HADS (Mykletun, Stordal, & Dahl, 2001)

Table 3 The Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale item numbers and texts

Scale/item number	Item text
A/1	I feel tense or wound up
A/3	I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen
A/5	Worrying thoughts go through my mind
A/7	I can sit at ease and feel relaxed
A/9	I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach
A/11	I feel restless as if I have to be on the move
A/13	I get sudden feelings of panic
D/2	I still enjoy the things I used to enjoy
D/4	I can laugh and see the funny side of things
D/6	I feel cheerful
D/8	I feel as if I am slowed down
D/10	I have lost interest in my appearance
D/12	I look forward with enjoyment to things
D/14	I can enjoy a good book or TV programme

Questions are answered on a four-point scale from 0 to 3.
Items 2, 4, 6, 7, 12 and 14 are reversed before summation.

Anhang C10: ISEL-12

Tabelle 22

Items der ISEL-12 (Merz et al., 2014)

ISEL-12 item-level descriptive statistics for full sample ($N = 5,313$)

ISEL-12 item	<i>M</i>	<i>SD</i>
ISEL 1 ^b If I wanted to go on a trip for a day (for example to the beach, the country or mountains), I would have a hard time finding someone to go with me	2.10	.98
ISEL 2 ^a I feel that there is no one I can share my most private worries and fears with.	2.27	.97
ISEL 3 ^c If I were sick, I could easily find someone to help me with my daily chores.	2.09	.97
ISEL 4 ^a There is someone I can turn to for advice about handling problems with my family.	2.34	.88
ISEL 5 ^b If I decide one afternoon that I would like to go to a movie that evening, I could easily find someone to go with me.	2.16	.93
ISEL 6 ^a When I need suggestions on how to deal with a personal problem, I know someone I can turn to.	2.43	.80
ISEL 7 ^b I don't often get invited to do things with others.	1.89	1.04
ISEL 8 ^c If I had to go out of town for a few weeks, it would be difficult to find someone who would look after my house or apartment (the plants, pets, garden, etc.).	1.89	1.09
ISEL 9 ^b If I wanted to have lunch with someone, I could easily find someone to join me.	2.32	.84
ISEL 10 ^c If I was stranded 10 miles from home, there is someone I could call who could come and get me.	2.38	.84
ISEL 11 ^a If a family crisis arose, it would be difficult to find someone who could give me good advice about how to handle it.	1.88	1.10
ISEL 12 ^c If I needed some help in moving to a new house or apartment, I would have a hard time finding someone to help me.	2.08	1.03

Note.

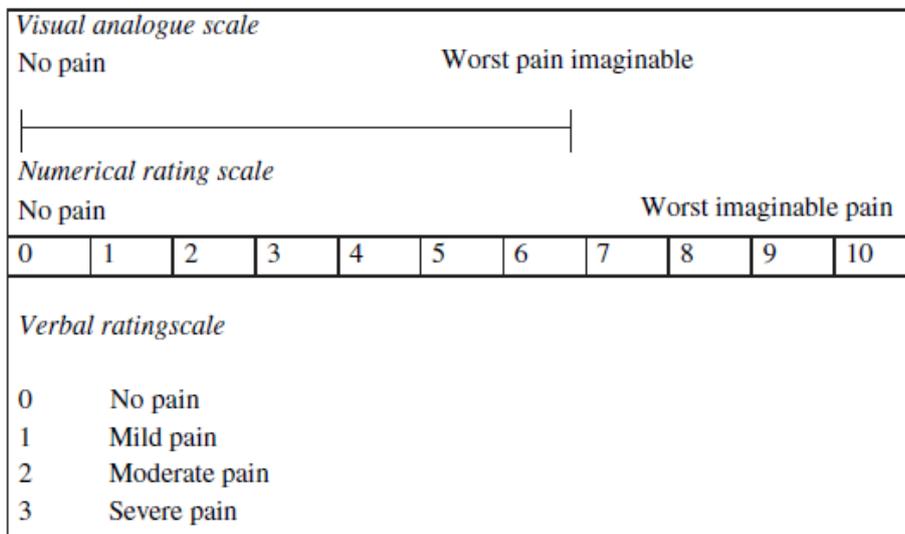
^a appraisal subscale,

^b belonging subscale,

^c tangible subscale

Anhang C11: NRS, VAS und VRS

Abbildung 9. NRS, VAS und VRS (Williamson & Hoggart, 2005)



Anhang C12: PSQ

Tabelle 23

Items der PSQ (Lawrence, Fauerbach, Heinberg, Doctor, & Thombs, 2006)

Table 1
Rotated (Promax, $\kappa = 4$) Pattern Matrix of the PSQ
Stigmatization Scale

Question	Factor 1	Factor 2	Factor 3
People avoid looking at me.	.73	.06	.02
People I don't know act surprised or startled when they see me.	.81	-.03	-.02
People don't know what to say to me.	.74	-.06	-.01
People feel sorry for me.	.65	.02	.00
People don't know how to act around me.	.74	-.10	.01
People do "double takes" or turn around to look at me.	.91	.16	-.04
People I don't know stare at me.	.85	.05	.00
People seem embarrassed by my looks.	.57	-.12	.19
People are relaxed around me.*	.07	.59	-.14
Strangers are polite to me.*	-.07	.69	-.01
People I don't know say "Hi" to me.*	.03	.75	.19
People are friendly with me.*	-.03	.83	.01
People I don't know smile at me in a friendly way.*	-.12	.78	.20
People are kind to me.*	.12	.84	-.06
People are nice to me.*	.05	.80	-.07
People treat me with respect.*	.08	.66	-.26
People call me names.	-.01	-.01	.74
People make fun of me.	-.06	-.06	.83
People bully me.	-.03	.03	.65
People laugh at me.	.07	-.08	.81
People pick on me.	-.03	.01	.82
Eigenvalues	8.6	2.4	1.5
Extraction Sums of Squared Loadings			
Percent of Variance	41.0	11.4	7.2

Note. High loading are in bold. Factor 1 = confused and staring behavior; Factor 2 = absence of friendly behavior; Factor 3 = hostile behavior.
* Items were reverse coded.

Anhang C13: PTGI

Tabelle 24

Items des PTGI sortiert nach Subskalen (Tedeschi & Calhoun, 1996)

Table 1. Factor Loadings of 21 Items Selected for the Posttraumatic Growth Inventory^a

Factor Loadings:	I	II	III	IV	V
PTGI Item and Factor					
Factor I: Relating to Others (17% of Variance)					
6. Knowing that I can count on people in times of trouble.	.67				
8. A sense of closeness with others.	.81				
9. A willingness to express my emotions.	.63				
15. Having compassion for others.	.70				
16. Putting effort into my relationships.	.61				
20. I learned a great deal about how wonderful people are.	.62				
21. I accept needing others.	.67				
Factor II: New Possibilities (16% of Variance)					
3. I developed new interests.		.76			
7. I established a new path for my life.		.80			
11. I'm able to do better things with my life.		.76			
14. New opportunities are available which wouldn't have been otherwise.		.76			
17. I'm more likely to try to change things which need changing.		.63			
Factor III: Personal Strength (11% of Variance)					
4. A feeling of self-reliance.			.62		
10. Knowing I can handle difficulties.			.79		
12. Being able to accept the way things work out.			.54		
19. I discovered that I'm stronger than I thought I was.			.71		
Factor IV: Spiritual Change (9% of Variance)					
5. A better understanding of spiritual matters.				.84	
18. I have a stronger religious faith.				.83	
Factor V: Appreciation of Life (9% of Variance)					
1. My priorities about what is important in life.					.50
2. An appreciation for the value of my own life.					.85
13. Appreciating each day.					.59

^aItems were selected with factor loadings at least .5 and with loadings of less than .4 on other factors. Loadings and proportions of variance reported are from a principal components analysis and varimax rotation of 21 items selected from the original item pool.

Anhang C14: SWAP

Tabelle 25

SWAP (Lawrence et al., 1998)

Satisfaction With Appearance Scale

Patient: _____ ID #: _____ Date: _____

In each of the following statements, circle the most correct responses for you according to the following scale:

- 1 = strongly disagree
- 2 = disagree
- 3 = somewhat disagree
- 4 = neutral
- 5 = somewhat agree
- 6 = agree
- 7 = strongly agree

1	2	3	4	5	6	7	Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of my family.
1	2	3	4	5	6	7	Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of my friends.
1	2	3	4	5	6	7	Because of changes in my appearance caused by my burn, I am uncomfortable in the presence of strangers.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with my overall appearance.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my scalp.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my face.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my neck.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my hands.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my arms.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my legs.
1	2	3	4	5	6	7	I am satisfied with the appearance of my chest.
1	2	3	4	5	6	7	Changes in my appearance have interfered with my relationships.
1	2	3	4	5	6	7	I feel that my burn is unattractive to others.
1	2	3	4	5	6	7	I don't think people would want to touch me.

Note. Items 1–3 and 12–14 adapted from "A Burn Specific Health Scale" by B. Blades, N. Mellis, and A. M. Munster, 1982, *Journal of Trauma*, 22, p. 872–875. Copyright 1982 by Andrew M. Munster. Adapted with permission.

Anhang C15: SWLS

Abbildung 10. SWLS (Pavot & Diener, 1993)

Satisfaction With Life Scale

Below are five statements with which you may agree or disagree. Using the 1–7 scale below, indicate your agreement with each item by placing the appropriate number on the line preceding that item. Please be open and honest in your responding. The 7-point scale is as follows:

- 1 = strongly disagree
- 2 = disagree
- 3 = slightly disagree
- 4 = neither agree nor disagree
- 5 = slightly agree
- 6 = agree
- 7 = strongly agree

- ___ 1. In most ways my life is close to my ideal.
- ___ 2. The conditions of my life are excellent.
- ___ 3. I am satisfied with my life.
- ___ 4. So far I have gotten the important things I want in life.
- ___ 5. If I could live my life over, I would change almost nothing.

Use of the SWLS

The Satisfaction With Life Scale is in the public domain. Permission is not needed to use it.

Anhang C16: SF-36

Tabelle 26

Interpretation des SF-36 (Ware Jr & Sherbourne, 1992)

TABLE 1. Information About SF-36 Health Status Scales and the Interpretation of Low and High Scores

Concepts	No. of Items	No. of Levels	Meaning of Scores	
			Low	High
Physical functioning	10	21	Limited a lot in performing all physical activities including bathing or dressing	Performs all types of physical activities including the most vigorous without limitations due to health
Role limitations due to physical problems	4	5	Problems with work or other daily activities as a result of physical health	No problems with work or other daily activities as a result of physical health, past 4 weeks
Social Functioning	2	9	Extreme and frequent interference with normal social activities due to physical and emotional problems	Performs normal social activities without interference due to physical or emotional problems, past 4 weeks
Bodily pain	2	11	Very severe and extremely limiting pain	No pain or limitations due to pain, past 4 weeks
General mental health	5	26	Feelings of nervousness and depression all of the time	Feels peaceful, happy, and calm all of the time, past 4 weeks
Role limitations due to emotional problems	3	4	Problems with work or other daily activities as a result of emotional problems	No problems with work or other daily activities as a result of emotional problems, past 4 weeks
Vitality	4	21	Feels tired and worn out all of the time	Feels full of pep and energy all of the time, past 4 weeks
General health perceptions	5	21	Believes personal health is poor and likely to get worse	Believes personal health is excellent

Abbildung 11. SF-36 (Ware Jr & Sherbourne, 1992)

Appendix. SF-36 Questions*

1. In general, would you say your health is:
2. Compared to one year ago, how would you rate your health in general now?
3. The following items are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much?
 - a. Vigorous activities, such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports
 - b. Moderate activities, such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf
 - c. Lifting or carrying groceries
 - d. Climbing several flights of stairs
 - e. Climbing one flight of stairs
 - f. Bending, kneeling, or stooping
 - g. Walking more than a mile
 - h. Walking several blocks
 - i. Walking one block
 - j. Bathing or dressing yourself
4. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health?
 - a. Cut down the amount of time you spent on work or other activities.
 - b. Accomplished less than you would like
 - c. Were limited in the kind of work or other activities
 - d. Had difficulty performing the work or other activities (for example, it took extra effort)
5. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?
 - a. Cut down the amount of time you spent on work or other activities
 - b. Accomplished less than you would like
 - c. Didn't do work or other activities as carefully as usual
6. During the past 4 weeks, to what extent has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors, or groups?
7. How much bodily pain have you had during the past 4 weeks?
8. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?
9. These questions are about how you feel and how things have been with you during the past 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling. How much of the time during the past 4 weeks

Abbildung 12. SF-36 (Ware Jr & Sherbourne, 1992)

- a. Did you feel full of pep?
 - b. Have you been a very nervous person?
 - c. Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?
 - d. Have you felt calm and peaceful?
 - e. Did you have a lot of energy?
 - f. Have you felt downhearted and blue?
 - g. Did you feel worn out?
 - h. Have you been a happy person?
 - i. Did you feel tired?
10. During the *past 4 weeks*, how much of the time has your *physical health or emotional problems* interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives, etc.)?
11. How TRUE or FALSE is *each* of the following statements for you?
- a. I seem to get sick a little easier than other people
 - b. I am as healthy as anybody I know
 - c. I expect my health to get worse
 - d. My health is excellent

SF-36 Response Choices^a

- 1. Excellent, Very Good, Good, Fair, Poor
- 2. Much better now than one year ago, Somewhat better now than one year ago, About the same as one year ago, Somewhat worse now than one year ago, Much worse than one year ago
- 3. Yes, Limited a lot; Yes, Limited a little; No, Not limited at all
- 4a-d. Yes, No
- 5a-c. Yes, No
- 6. Not at all, Slightly, Moderately, Quite a bit, Extremely
- 7. None, Very mild, Mild, Moderate, Severe, Very severe
- 8. Not at all, A little bit, Moderately, Quite a bit, Extremely
- 9. All of the time, Most of the time, A good bit of the time, Some of the time, A little of the time, None of the time
- 10. All of the time, Most of the time, Some of the time, A little of the time, None of the time
- 11. Definitely true, Mostly true, Don't know, Mostly false, Definitely false

^aCopyright© The MOS Trust, Inc.; 1990. All rights reserved.

Anhang C17: SIP

Tabelle 27

Beispiel-Items aus jeder Kategorie des SIP (Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981)

TABLE 1. Sickness Impact Profile Categories and Selected Items

Dimension	Category	Items Describing Behavior Related to:	Selected Items
Independent Categories	SR	Sleep and rest	I sit during much of the day I sleep or nap during the day
	E	Eating	I am eating no food at all, nutrition is taken through tubes or intravenous fluids I am eating special or different food
	W	Work	I am not working at all I often act irritable toward my work associates
	HM	Home management	I am not doing any of the maintenance or repair work around the house that I usually do I am not doing heavy work around the house
	RP	Recreation and pastimes	I am going out for entertainment less I am not doing any of my usual physical recreation or activities
	I. Physical	A	Ambulation
M		Mobility	I stay within one room I stay away from home only for brief periods of time
BCM		Body care and movement	I do not bathe myself at all, but am bathed by someone else I am very clumsy in body movements
II. Psychosocial	SI	Social interaction	I am doing fewer social activities with groups of people I isolate myself as much as I can from the rest of the family
	AB	Alertness behavior	I have difficulty reasoning and solving problems, for example, making plans, making decisions, learning new things I sometimes behave as if I were confused or disoriented in place or time, for example, where I am, who is around, directions, what day it is
	EB	Emotional behavior	I laugh or cry suddenly I act irritable and impatient with myself, for example, talk badly about myself, swear at myself, blame myself for things that happen
	C	Communication	I am having trouble writing or typing I do not speak clearly when I am under stress

Anhang C18: F-SozU

Tabelle 28

Beispiel-Items der Kurzform des F-SozU (Fydrich, Sommer, Tydecks, & Brähler, 2009)

Tabelle 2: Item- und Skalenkennwerte des F-SozU K-14.

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d_i</i>	<i>T_{it}</i>	<i>FL</i>	Schiefe	Exzess
1 Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	4.07	0.92	0.81	0.65	0.709	-1.06	1.11
2 Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen wie ich bin.	4.11	0.82	0.82	0.71	0.757	-0.86	0.83
3 Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	3.90	0.88	0.78	0.73	0.773	-0.59	0.15
4 Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	4.18	0.89	0.84	0.73	0.783	-1.12	1.16
5 Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	4.05	0.88	0.81	0.67	0.724	-0.88	0.69
6 Ich habe Freunde / Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	3.93	0.86	0.79	0.75	0.799	-0.73	0.63
7 Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	3.94	0.91	0.79	0.71	0.747	-0.81	0.53
8 Ich habe Freunde / Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	3.75	1.03	0.75	0.69	0.736	-0.62	-0.22
9 Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde / Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	4.02	0.86	0.80	0.71	0.761	-0.77	0.55
10 Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	3.97	0.90	0.79	0.76	0.804	-0.76	0.37
11 Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	3.97	0.90	0.79	0.73	0.781	-0.82	0.53
12 Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	3.96	0.92	0.79	0.71	0.749	-0.84	0.61
13 Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	4.09	0.91	0.82	0.71	0.764	-0.98	0.82
14 Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	3.60	1.11	0.72	0.55	0.597	-0.64	-0.22

M = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *d_i* = Itemschwierigkeit; *T_{it}* = durchschnittliche part-whole-korrigierte Trennschärfe; *FL* = Faktorladungen der Items; Antwortformat: 1 trifft nicht zu, 2 trifft eher nicht zu, 3 trifft teilweise zu, 4 trifft zu, 5 trifft genau zu.

Anhang D: Merkblatt

Abbildung 13. Merkblatt Vorderseite (Steiger & Zeller, 2017)

Abbildung 14. Merkblatt Rückseite (Steiger & Zeller, 2017)

Psychosoziale Auswirkungen von Brandverletzungen

Auswirkungen, Assessmenttools, Interventionen



Psychosoziale Auswirkungen

- Schmerzen^{3,5,7}
- Non-Compliance^{2,14}
- Fatigue^{13,7}
- Körperbildstörungen^{1,2,4,6}
- Selbstwertgefühl und Wohlbefinden sinkt^{1,2,4}
- Schlafstörungen/ Alpträume^{1,4,6,7}
- Emotionen
 - Angst^{1,6,13}
 - Gefühl der Vernachlässigung⁹
 - Hilflosigkeit⁷
 - Hoffnungslosigkeit^{1,12}
 - Last für andere⁹
 - Machtlosigkeit⁹
 - Scham^{1,2,4}
 - Schuldgefühle und Sorgen^{1,4,5,6}
 - Trauer^{1,4}
 - Ungewissheit⁹
 - Unsicherheit⁹
 - Verzweiflung⁴
 - Wut und Aggressionen^{1,4,11}
 - emotionale Labilität¹
- Veränderung zwischenmenschliche Beziehungen^{1,2,5}
- Sexualität oder Freude daran nimmt ab^{1,2}
- Finanzielle und berufliche Veränderungen^{1,2,4,15,17}
- Bewältigungsstrategien^{1,5,6,7,15,16,18}
- Hoffnung^{1,12}
- Selbstreflexion^{6,8}
- Post traumatic growth^{8,19}

	Schmerzen	Fatigue	Körperbildstörungen	Selbstwertgefühl und Wohlbefinden	Schlaf	Negative Emotionen	Zwischenmenschliche Beziehungen/ Sexualität	Beruf/ Arbeit	Bewältigungsstrategien	Hoffnung	Selbstreflexion	PTG	Generell
AHS ⁴⁵										x			
BES for Adolescents and Adults ²⁶			x										
Brief COPE ²⁷ / COPE ³³									x				
BSHS-B* ²⁸			x			x	x						x
BPAT ²⁹													x
CIS ³⁰		x				x							
CSS ³¹													x
CIQ ³²							x	x					
GSE ³⁴				x									
HADS* ³⁵						x							
ISEL-12 ³⁶ / ISEL ³⁷				x			x						
MBSRQ-IA ³⁸			x										
NRS* ³⁹	x												
PSQ* ²⁶						x							
PTGI ¹⁹				x			x				x	x	
SWAP ⁴⁰			x										
SWLS ⁴¹													x
SF-36 ⁴²	x					x	x	x					x
SIP ⁴³					x	x	x	x					x
F-SozU* ⁴⁴							x						
VRS* ³⁹	x												
VAS* ³⁹	x												

Pflegerische Interventionen

- gute Einstellung der Analgetika und regelmäßige Sz-Erfassung^{1,5,7}
- Angst reduzieren (und Anxiolytika)^{1,25}
- empathische Kommunikation²³
- erzählen lassen^{7,24}
- Gefühlsäusserungen zulassen, aber Grenzen setzen¹
- soziale Kontakte ermöglichen^{1,3,5,7,22}
- Familienbegleitung¹
- Entspannungstechniken¹
- Körperbild ansprechen^{2,20}
- abdeckendes Make-Up anbieten^{2,20}
- Sexualität ansprechen^{2,20}
- Beobachtungen an den ärztlichen Dienst weiterleiten⁹
- enge Zusammenarbeit mit nachbehandelnden Diensten, Follow-Up^{1,5}
- Motivieren, ermutigen, loben, Hoffnung vermitteln, Steigerung Selbstvertrauen^{1,5,6,22}
- Sicherheit gewährleisten²²
- Unterstützung beim Finden von neuer Identität¹
- Peer-Support^{1,5,21}
- Patienteninformation bezgl. Symptome und Therapien und Normalisieren von Symptomen^{1,5,22}
- Unterstützung Kommunikation mit Vorgesetzten⁵
- Unterstützung schnellstmögliche Wiederaufnahme Hobbies³
- Unterstützen Copingstrategien und Handlungsstrategien zu entwickeln und Stressmanagement verbessern^{1,2,5,22}

* deutsche Version erhältlich



Bei Fragen oder Unklarheiten meldet euch bei : _____
 Notfall-Kons Psychiatrie: _____ Seelsorge (08.00-20.00 Uhr): _____
 Merkblatt erstellt durch: Marina Steiger und Anna Zeller, April 2017



Quellen

- 1) Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenberg, M., & Faber, A. W. (2008). Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*, 34(4).
- 2) Connell, K. M., Coates, R., & Wood, F. M. (2015). Burn Injuries Lead to Behavioral Changes that Impact Engagement in Sexual and Social Activities in Females. *Sexuality & Disability*, 33(1).
- 3) Klinge, K., Chamberlain, D. J., Redden, M., & King, L. (2009). Psychological adjustments made by postburn injury patients: An integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11).
- 4) Gilboa, 2001, Smith et al., 2006, Herdon, 2007 zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2277
- 5) Kornhaber, R., Wilson, A., Abu-Qamar, M. Z., & McLean, L. (2014). Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: An integrative review. *Burns*, 40(1).
- 6) McLean, L. M., Rogers, V., Kornhaber, R., Proctor, M.-T., Kwiet, J., Streimer, J., & Vandervord, J. (2015). The patient–body relationship and the “lived experience” of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8.
- 7) Tengvall, O., Wickman, M., & Wengström, Y. (2010). Memories of Pain After Burn Injury — The Patient's Experience. *Journal of Burn Care & Research*, 31(2).
- 8) Wiechman Askay, S., & Magyar-Russell, G. (2009). Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *International Review Of Psychiatry*, 21(6).
- 9) Wikehult, B., Hedlund, M., Marsenic, M., Nyman, S., & Willebrand, M. (2008). Evaluation of negative emotional care experiences in burn care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14).
- 10) Lawrence et al., 2004, zitiert nach Klinge et al., 2009, p.2287
- 11) Williams et al., 2003, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p.25
- 12) Badger et al., 2010, Oster et al., 2010, Williams et al., 2003, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 24
- 13) Edwards, 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 2285
- 14) Ripper et al., 2009, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p.26
- 15) Ciofi-Silva et al., 2010, Costa et al., 2008, Rossi et al., 2009, Williams et al., 2003, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p. 5
- 16) Ptacek et al., 1995, Kildal et al. 2005, Willebrand et al., 2005, Willebrand et al., 2002, Perry et al., 1992, Tedstone et al., 1998, Van Loey et al., 2003 zitiert nach Tengvall et al., 2010
- 17) Park, Chopi, Jang & Oh, 2008, zitiert nach Klinge et al., 2009, p. 276
- 18) Costa et al., 2008, Dahl et al., 2012, Goncalves et al., 2011, Moi et al., 2008, Na, 2008, Rossi et al., 2009, Wu et al., 2009 zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p.25
- 19) Tedeschi & Calhoun, 1996, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p.571
- 20) S. Simone, persönliche Mitteilung, März 3, 2017
- 21) Kornhaber, Wilson, Abu-Qamar, McLean & Vandervord, 2015, Davis, Gorgens, Shriberg, Godleski & Meyer, 2014, zitiert nach McLean et al., 2015, p.384
- 22) Calhoun & Tedeschi, 1999, zitiert nach Wiechman Askay & Magyar-Russell, 2009, p.573
- 23) Kezelman & Stavropoulos, 2012, zitiert nach McLean et al., 2015, p.384
- 24) Colling, 2004, Wisely et al., 2007, zitiert nach Klinge et al., 2009, p.2288
- 25) Finlay et al., 2012, Lo, Hayter, Hsu, Lin & Lin, 2010, So et al., 2003, zitiert nach Kornhaber et al., 2014, p.27
- 26) Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L., & Doctor, M. (2004). Visible vs Hidden Scars and Their Relation to Body Esteem. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 25(1).
- 27) Muller, L., & Spitz, E. (2003). Multidimensional Assessment of Coping: Validation of the Brief COPE among French Population. *Encéphale*, 29(6).
- 28) Elsherbiny, O. E. E., Salem, M. A., El-Sabbagh, A. H., Elhadidy, M. R., & Eldeen, S. M. A. (2011). Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns*, 37(5).
- 29) Wisely, J. A., Hoyle, E., TARRIER, N., & Edwards, J. (2007). Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients. *Burns*, 33(6).
- 30) Bültmann, U., de Vries, M., Beurskens, A. J., Bleijenberg, G., Vercoulen, J. H., & Kant, I. (2000). Measurement of Prolonged Fatigue in the Working Population: Determination of a Cutoff Point for the Checklist Individual Strength. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(4).
- 31) Lawrence, J. W., & Fauerbach, J. A. (2003). Personality, Coping, Chronic Stress, Social Support and PTSD Symptoms Among Adult Burn Survivors: A path analysis. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 24(1).
- 32) Sander, A. M., Fuchs, K. L., High, W. M., Hall, K. M., Kreutzer, J. S., & Rosenthal, M. (1999). The Community Integration Questionnaire Revisited : An Assessment of Factor Structure and Validity. *Arch Phys Med Rehabil*, 80(October).
- 33) Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2).
- 34) Schwarzer, R., Mueller, J., & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12(2).
- 35) Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179(6).
- 36) Merz, E. L. et al. (2014). Validation of Interpersonal Support Evaluation List-12 (ISEL-12) scores among English- and Spanish-Speaking Hispanics/Latinos from the HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Psychological Assessment*, 26(2).
- 37) Brookings, J. B., & Bolton, B. (1988). Confirmatory Factor Analysis of the Interpersonal Support Evaluation List. *American Journal of Community Psychology*, 16(1).
- 38) Thombs, B. D., Notes, L. D., Lawrence, J. W., Magyar-Russell, G., Bresnick, M. G., & Fauerbach, J. A. (2008). From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2).
- 39) Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: A review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7).
- 40) Lawrence, J. W., Heinberg, L. J., Roca, R., Munster, A., Spence, R., & Fauerbach, J. A. (1998). Development and Validation of the Satisfaction With Appearance Scale: Assessing Body Image Among Burn-Injured Patients. *Psychological Assessment*, 10(1).
- 41) Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2).
- 42) Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6).
- 43) Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure. *Medical Care*, 19(8).
- 44) Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform. *Zeitschrift Für Medizinische Psychologie*, 18(1).
- 45) Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. X., ... Harney, P. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585.

Abbildungen: Anna Zeller (2015, 2016)

