

Anwendbare pflegerische Interventionen im akutsomatischen Setting zur Unterstützung von Menschen nach einem Suizidversuch

Sara Lauretta

Anita Leutert

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF19

Eingereicht am: 04.05.2022

Begleitende Lehrperson: Francisca Pérez

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhalt

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abstract | 1 |
| 1 Einleitung | 2 |
| 1.1 Problemstellung | 2 |
| 1.2 Relevanz für die Praxis | 3 |
| 1.3 Eingrenzung des Themas | 4 |
| 1.4 Ziel und Fragestellung | 4 |
| 2 Methode | 5 |
| 2.1 Begriffsdefinitionen | 5 |
| 2.1.1 Suizidalität | 5 |
| 2.1.2 Suizidversuch | 6 |
| 2.1.3 Suizid | 7 |
| 2.1.4 Suizidprävention | 8 |
| 2.1.5 Weitere Themenbereiche | 8 |
| 2.2 Methodisches Vorgehen | 8 |
| 2.2.1 Datenbanken | 8 |
| 2.2.2 Keywords | 9 |
| 2.2.3 Ein – und Ausschlusskriterien | 10 |
| 2.2.4 Suchverlauf | 11 |
| 2.2.5 Kritische Würdigung der Studien | 15 |
| 2.3 Instrument für den Theorie-Praxistransfer | 16 |
| 3 Resultate | 17 |
| 3.1 «A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)» (Gysin-Maillart et al., 2016) | 21 |
| 3.2 «The Assessment Effect of Spiritual Care on Hopelessness and Depression in Suicide Attempts» (Heidari et al., 2019) | 25 |

| | | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.3 | «The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors» (O'Connor et al., 2015) . | 28 |
| 3.4 | «Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals» (Solin et al., 2021)..... | 31 |
| 3.5 | «A suicidal recovery theory to guide individuals on their healing and recovering process following a suicide attempt» (Sun & Long, 2013) ... | 33 |
| 3.6 | «Short-term effects of suicide education intervention for family caregivers of people who are suicidal» (Sun et al., 2014)..... | 37 |
| 3.7 | «Engagement between adults in suicidal crises and nurses in mental health wards: a qualitative study of patients' perspectives» (Vandewalle et al., 2021)..... | 40 |
| 4 | Diskussion..... | 44 |
| 4.1 | Haltungsorientierte Interventionen..... | 44 |
| 4.2 | Konzeptorientierte Interventionen..... | 46 |
| 4.3 | Weiterbildende Interventionen..... | 47 |
| 4.4 | Beantwortung der Fragestellung..... | 47 |
| 5 | Theorie-Praxistransfer..... | 49 |
| 5.1 | Expertise des Pflegefachpersonals | 49 |
| 5.1.1 | Rolle der Pflege..... | 49 |
| 5.1.2 | Haltung der Pflegefachperson | 50 |
| 5.1.3 | Interprofessionelle Zusammenarbeit | 51 |
| 5.2 | Ziele, Vorstellungen und Wünsche der Patienten und Patientinnen | 52 |
| 5.3 | Ressourcen der Umgebung..... | 53 |
| 5.3.1 | Finanzielle und materielle Ressourcen..... | 53 |
| 5.3.2 | Wissen: Aus- und Weiterbildung | 54 |
| 5.4 | Forschung..... | 55 |
| 6 | Schlussfolgerung..... | 57 |

| | | |
|---|---------------------------------|----|
| 7 | Limitationen..... | 59 |
| | Literaturverzeichnis | 60 |
| | Abbildungsverzeichnis..... | 72 |
| | Tabellenverzeichnis..... | 73 |
| | Abkürzungsverzeichnis..... | 74 |
| | Wortzahl | 75 |
| | Danksagung | 76 |
| | Eigenständigkeitserklärung..... | 77 |
| | Anhang | 78 |

Abstract

Ausgangslage: Die Suizid- und Suizidversuchsrate steigt in der Schweiz stetig an. Personen, die nach einem solchen Versuch im akutsomatischen Setting hospitalisiert werden, fühlen sich nicht ganzheitlich betreut. Gleichzeitig haben Pflegefachpersonen in diesem Bereich nur wenig Wissen über die Betreuung dieser Menschen. Individuelle evidenzbasierte Pflegeinterventionen können helfen, den Bedürfnissen der betroffenen Menschen und der Pflegefachpersonen gerecht zu werden.

Ziel: In dieser Arbeit werden evidenzbasierte Pflegeinterventionen recherchiert, die Menschen nach einem Suizidversuch im akutsomatischen Setting unterstützen.

Methode: In den Datenbanken CINAHL Complete, PubMed und PsycInfo wurde in einer systematisierten Literaturrecherche nach Primärliteratur gesucht. Die Studienergebnisse werden mit Bartholomeyczik et al. (2008) beziehungsweise Lincoln & Guba (1985) kritisch gewürdigt. Mit Hilfe des Modelles von Rycroft-Malone et al. (2004) werden in einem nächsten Schritt praxisrelevante Empfehlungen dargestellt.

Ergebnisse: In der Literatur wurden evidenzbasierte Interventionen gefunden, um Personen nach einem Suizidversuch zu unterstützen. Diese wurden in drei Kategorien eingeteilt: haltungsorientierte, konzeptorientierte und weiterbildende Interventionen.

Schlussfolgerungen: Diverse evidenzbasierte Interventionen, um Menschen nach einem Suizidversuch zu unterstützen, sind in der Literatur beschrieben. Es besteht ein Mangel an pflegerischen Interventionen im akutsomatischen Setting, deshalb wurden Studien aus anderen Bereichen inkludiert und bezogen auf die Fragestellung transferiert.

Keywords: suicide attempt, acute care, nursing interventions

1 Einleitung

Eine persönliche Leidensgeschichte ist oft Ursache eines Suizidversuches. Das Beenden des eigenen Lebens – der Suizid – erscheint als (einzige) Möglichkeit, sich aus der momentanen Leidenskrise zu befreien (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019). Jährlich begehen weltweit 700 000 Menschen Suizid, eine Person alle 40 Sekunden. Weltweit gibt es keine Erhebung der Suizidversuche. Es wird angenommen, dass die Rate bis zu 20-mal höher sein könnte (World Health Organization, 2019). In der Schweiz wurden jedoch im Jahr 2017 durch das Bundesamt der Statistik in der schweizerischen Gesundheitsbefragung Suizidversuche erfragt. Auf die Schweizer Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr, entspricht dies 33 000 Suizidversuchen pro Jahr und insgesamt zwischen 214 000 und 259 000 Personen, die mindestens einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch mit Sterbeabsicht unternommen haben (Peter & Tuch, 2019).

Nach einem Suizidversuch mit somatischen Verletzungen wird auf der Notaufnahme zuerst eine klinische Stabilität durch ein medizinisches Team sichergestellt. Personen mit schweren Verletzungen werden stationär aufgenommen und weiter in medizinischen, beziehungsweise chirurgischen Abteilungen behandelt (Kaufmann et al., 2020; O'Connor et al., 2021). In einem weiteren Schritt, welcher teilweise erst nach vielen Stunden erfolgt, wird die betroffene Person psychiatrisch beurteilt (Van Der Linden et al., 2019).

1.1 Problemstellung

Pflegefachpersonen verspüren allgemein ein mangelndes Selbstvertrauen in Bezug auf die Pflege von Menschen mit psychischen Gesundheitsbedürfnissen (Ross & Goldner, 2009). An das Pflegefachpersonal in Akutspitälern wird bei der Betreuung von Personen nach einem Suizidversuch hohe Anforderungen gestellt. Vor allem jüngere Pflegefachpersonen berichten über fehlendes Fachwissen zur psychischen Betreuung (Ihalainen-Tamlander et al., 2016; Moxham et al., 2011). Sie empfinden die Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch als emotional schwierig (Foye et al., 2020), was zu Gefühlen wie Stress, Angst, Hoffnungslosigkeit, Schuld und

sogar zu einem Burnout führen kann (Hagen et al., 2017). Speziell ausgebildetes Personal könnte die Qualität der Betreuung in solch komplexen Situationen erheblich erhöhen (Dekker et al., 2020).

Viele Pflegefachpersonen haben zudem eine negative Einstellung gegenüber suizidalem Verhalten (Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012; Talseth & Gilje, 2011; Türkleş et al., 2018), was den Beziehungsaufbau zwischen den Pflegefachpersonen und den Patienten und Patientinnen erschwert und somit einen erheblichen Einfluss auf die Pflegequalität hat (Sun et al., 2006).

Menschen nach einem Suizidversuch empfinden oft Schamgefühle. Diese werden begünstigt durch das Gefühl versagt zu haben, ausgestellt zu sein und einem allgemein verminderten Selbstwertgefühl (Berg et al., 2017; Talseth & Gilje, 2011; Wiklander et al., 2003). Zusammen können diese zu einer Verschärfung der Suizidkrise beitragen (Carpiniello & Pinna, 2017; Oexle et al., 2017). Die erlebten Gefühle können durch das Personal im Spital positiv oder negativ beeinflusst werden (Wiklander et al., 2003).

Körperlich verletzte Patienten und Patientinnen mit psychischen Problemen haben im Vergleich zu Personen ohne, ein höheres Risiko für medizinische Komplikationen. Daraus resultiert eine signifikant längere Aufenthaltsdauer im Spital (Dekker et al., 2020, Van Der Linden et al., 2019). Die jährlichen Kosten sind erheblich und (Czernin et al., 2012), die emotionalen Folgen für die Patienten und Patientinnen schwer abschätzbar (Shepard et al., 2016).

1.2 Relevanz für die Praxis

Pflegefachpersonen spielen eine entscheidenden Rolle, um den Bedürfnissen von Personen nach einem Suizidversuch im Spital gerecht zu werden (Chan et al., 2008). Mit den richtigen Pflegeinterventionen wird auf das psychischen Leiden von Menschen nach einem Suizidversuch eingegangen und führt zu einem verbesserten Wohlbefinden (Wiklander et al., 2003), oder gar zu einer Risikoreduktion eines weiteren Suizidversuches. Vielen Pflegefachpersonen fehlt jedoch das Wissen über die geeignete Wahl und Anwendung solcher Interventionen (Moxham et al., 2011). Es

kann dadurch auch zur Entlassung von Patienten und Patientinnen aus dem akutsomatischen Setting führen, ohne dass für diese eine angemessene Anschlusslösung ihres psychischen Leidens gefunden wurde (Fleischmann et al., 2008; Wiklander et al., 2003). So können wichtige Momente für die Prävention von weiteren Suizidversuchen verpasst werden (Bantjes et al., 2017).

1.3 Eingrenzung des Themas

Das Setting Psychiatrie, als übliche Institution für die Betreuung von Menschen mit einem psychischen Leiden, wird ausgeschlossen. Dies mit der Begründung, dass Fachpersonen explizit auf den Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen ausgebildet sind und eine adäquate Betreuung nach einem Suizidversuch gewährleisten können (BAG, 2016b). Eine solche professionelle Betreuung findet ebenfalls im ambulanten Setting beispielsweise in Tageskliniken oder der psychosozialen Spitex, sowie im Langzeitbereich auf gerontopsychiatrischen Abteilungen statt (Psychiatriespitex-Zürich GmbH, 2007; Stadt Zürich Pflegezentren, 2018). Im akutsomatischen Bereich und auf dem Notfall werden Pflegefachpersonen ergänzend zu ihrer Grundausbildung in praktischen Fortbildungen auf psychiatrische Krankheitsbilder geschult. Im Gegensatz dazu fehlt ihnen jedoch eine fundierte Ausbildung und Praxiserfahrung und es kann deshalb eine Unsicherheit entstehen, die sich negativ auf die Pflege auswirkt. Daher erscheint es wichtig, genau an dieser Schnittstelle zwischen den beiden Bereichen Psychiatrie und Somatik nach geeigneten Lösungsansätzen auf der Ebene der Pflege zu suchen, um Menschen nach einem Suizidversuch vollumfänglich zu betreuen.

1.4 Ziel und Fragestellung

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit besteht darin, mittels einer systematisierten Literaturrecherche wirksame Pflegeinterventionen zu finden, die Menschen nach einem Suizidversuch im akutsomatischen Setting ganzheitlich unterstützen können.

Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

«Welche pflegerischen Interventionen zur Unterstützung von Menschen nach einem Suizidversuch im akutsomatischen Setting, werden in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?»

2 Methode

In den nachfolgenden Abschnitten werden die zentralen Begriffe hergeleitet, die Instrumente zur Studienanalyse und zum Theorie-Praxistransfer vorgestellt und das Vorgehen zur Bearbeitung der Fragestellung aufgezeigt.

2.1 Begriffsdefinitionen

In den folgenden Absätzen wird der zentrale Begriff Suizidversuch hergeleitet und definiert. Im Anschluss werden die Themenbereiche pflegerische Intervention und akutsomatisches Setting erläutert.

2.1.1 Suizidalität

Das BAG (2016a) beschreibt alle Gedanken, Äusserungen und Handlungen, die aufgrund von psychischen Erkrankungen oder zugespitzten Krisen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod herbeizuführen, als Suizidalität. Der Begriff beinhaltet neben dem aktiven, selbstbestimmten Handeln auch das bewusste Unterlassen einer Handlung, die zum Tode führen kann (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011).

Es wird zwischen Basissuizidalität und akuter Suizidalität unterschieden.

Die Basissuizidalität beschreibt ein erhöhtes Suizidrisiko, das sich aus der Anhäufung von evidenzbasierten Risikofaktoren für einen Suizid ergibt. Als solche Faktoren gelten: frühere Suizidversuche, Diagnose von Schizophrenie oder Depression, Wiederaufnahme auf einer psychiatrischen Abteilung innerhalb von weniger als drei Monaten nach der letzten Entlassung oder vermehrte Wiederaufnahmen innerhalb kurzer Zeit, sowie das Gefühl der Hoffnungslosigkeit (Abderhalden & Kozel, 2011).

Die akute Suizidalität wird als Todeswunsch bezeichnet, die mit hohem Handlungsdruck zur kurzfristigen Umsetzung einhergeht (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011).

Zwei wichtige Hinweise für die akute Suizidalität sind die direkte oder indirekte verbale Andeutung sowie überraschende Änderungen des üblicherweise erwarteten Verhaltens (Schädle-Deiniger, 2006). Weiter können Einengung des Denkens auf Suizidgedanken oder Aggression gegen sich selbst, Ankündigung des Suizides sowie konkrete Suizidfantasien, Anzeichen für einen Suizid sein (Abderhalden & Kozel,

2011). Ringel (1997) fasste diese Merkmale unter dem Begriff präsuizidales Syndrom zusammen. Diese präsuizidalen Symptome gehen einem Suizidversuch voraus.

Zurzeit gibt es zwei Modelle zur Erklärung der Ursachen und Entstehung von Suizidalität: das Krankheitsmodell und das Krisenmodell.

Das Krankheitsmodell geht davon aus, dass die Suizidalität in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung auftritt, zum Beispiel im Rahmen einer Depression, Schizophrenie, Suchterkrankung, Angst- oder Persönlichkeitsstörung (Berger & Hecht, 2004).

Beim Krisenmodell wird die Suizidalität als Endpunkt einer zugespitzten, psychosozial belastenden Situation – einer Krise – verstanden (Berger & Hecht, 2004; Wolfersdorf, 2008). Caplan (1964) und Cullberg (1978) definieren Krisen als Verlust des seelischen Gleichgewichts. Diese kritischen, durch äussere Belastung oder subjektiv interpretierten Lebenssituationen, werden als bedrohlich erlebt (Simmich, 2000). Es gibt zwei mögliche Formen des Ausgangs einer Krise: Einerseits die Lösung der Belastung durch einen neuen Weg mit dieser umzugehen oder andererseits durch symptomatische Lösung in Form von Depressivität mit akuter Suizidgefährdung oder längerfristiger Fehlanpassung (Ulich, 1987). Eine solche suizidale Krise ist meist eine Anpassungs- oder Belastungsreaktion (Berger & Hecht, 2004).

2.1.2 Suizidversuch

Aus der Neigung zum Suizid kann ein suizidales Handeln entstehen. Darunter werden alle Taten verstanden, die darauf abzielen, sich das Leben zu nehmen. Durch Selbst- oder Fremdeinfluss kann es zu einem Unterbruch dieser Handlung kommen. Geschieht dies, so wird die Handlung als Suizidversuch bezeichnet. Der Suizidversuch ist somit eine suizidale Handlung, die überlebt wird (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011).

Die Begrifflichkeiten selbstschädigende Handlung und Selbstverletzung beschreiben sich selbst zugeführte Verletzungen, unabhängig vom Grad der Suizidabsicht oder anderen Motivationen (Ostertag et al., 2019). Beispielsweise kann durch die Selbstverletzung Not kommuniziert oder ein unangenehmes Gefühl vorübergehend

reduziert werden (Hawton et al., 2016). Wiederholte Selbstverletzung ist ein Hauptrisikofaktor für zukünftige Suizid(versuch)e (Christiansen & Frank Jensen, 2007; Gibb et al., 2005; Owens et al., 2002).

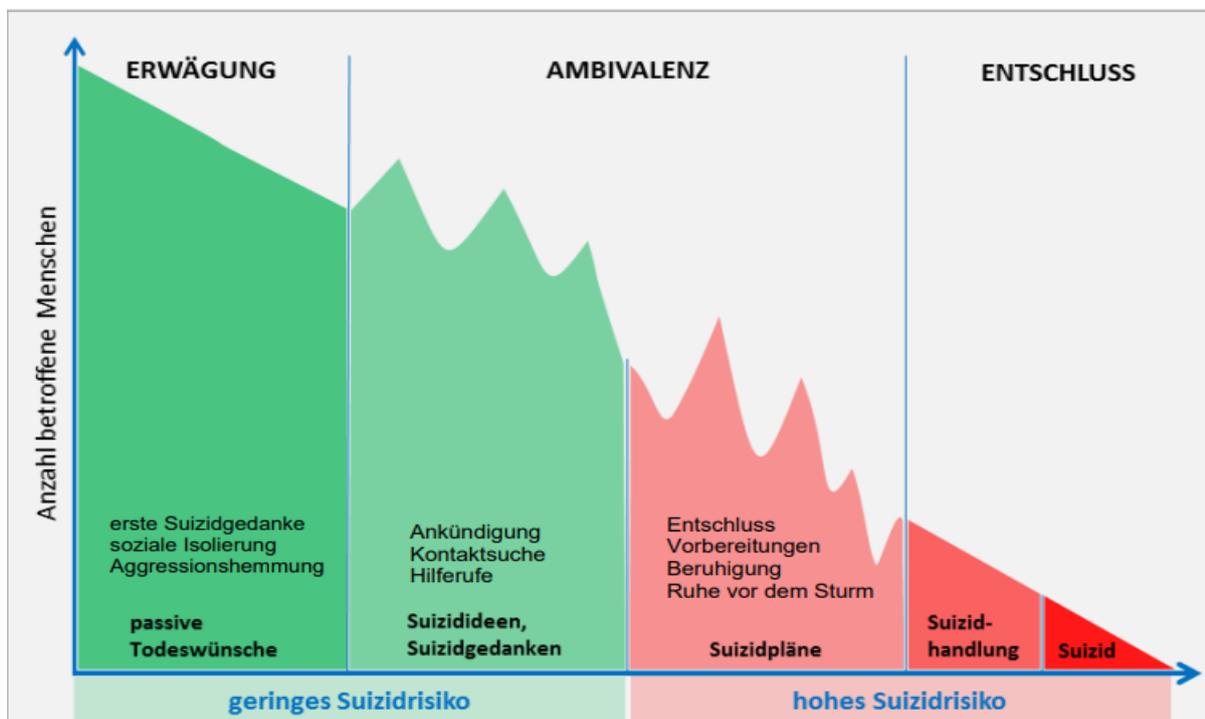
2.1.3 Suizid

Der Begriff Suizid stammt vom lateinischen «sui» seiner und «caedere» töten, morden ab und bedeutet somit das Töten seiner selbst (Dudenredaktion, 2022c) oder auch die absichtliche Selbsttötung (Abderhalden & Kozel, 2011).

Daraus lässt sich schliessen, dass Suizidalität zu suizidalen Handlungen führen und im Suizid enden kann. In den einzelnen Phasen einer suizidalen Entwicklung zeigen sich typische Anzeichen (siehe Abbildung 1) anhand deren ein Suizidrisiko eingeschätzt werden kann. Der Verlauf der Phasen ist jedoch nicht linear zu verstehen: Nicht jede Person durchlebt alle Phasen und nicht jede Person mit einer Basissuizidalität begeht einen Suizidversuch (Pöldinger, 1982).

Abbildung 1

Verlauf der suizidalen Entwicklung



Eigene Darstellung in Anlehnung an Plödinger (1982) und Abderhalden & Kozel (2011)

2.1.4 Suizidprävention

Die Suizidprävention beugt Suizidversuche von Menschen in einer suizidalen Krise vor. Diese besteht in der Schweiz unter anderem aus Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie zur thematischen Sensibilisierung der Bevölkerung. Dazu gehören auch Schulungen von Fachpersonen in medizinischen und nicht-medizinischen Bereichen, spezifische Vorgehensweisen im Bereich der psychiatrischen Versorgung und das Reduzieren von verfügbaren potenziell suizidalen Mitteln, wie zum Beispiel Medikamente oder Schusswaffen (BAG, 2022).

2.1.5 Weitere Themenbereiche

Pflegerische Interventionen sind Handlungen einer Pflegefachperson, die auf klinischem Urteilsvermögen und Wissen basieren. Die Handlungen richten sich darauf, gemeinsame Ziele der Patienten und Patientinnen und der Pflege zu erreichen (Butcher et al., 2016).

Unter dem Begriff akutsomatisches Setting wird eine Umgebung verstanden, bei der die Versorgung von Personen mit körperlichem Leiden (im Gegensatz zum psychischen), welche plötzlich auftreten oder sich unvorhergesehen verschlechtern (Dudenredaktion, 2022a), im Vordergrund stehen (Dudenredaktion, 2022b). Im Abschnitt 2.2.3 wird der Begriff durch die Ein- und Ausschlusskriterien präzisiert.

2.2 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen zur Bearbeitung der Fragestellung aufgezeigt. Dazu wird die Methodik der Literaturrecherche und die Instrumente zur Zusammenfassung und Würdigung der Studien beschrieben.

2.2.1 Datenbanken

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde im Zeitraum zwischen August 2021 und Januar 2022 in den Datenbanken CINAHL Complete, PubMed sowie PsycINFO eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt. CINAHL Complete und PubMed umfassen wissenschaftliche Literatur in den Bereichen Pflegewissenschaft beziehungsweise Biomedizin. PsycINFO enthält wissenschaftliche Literatur aus dem Bereich der

Psychologie und wurde aufgrund des psychischen Aspektes der Fragestellung mit- einbezogen.

2.2.2 Keywords

Die Literatursuche in den Datenbanken erfolgte durch englische Suchbegriffe, die aus der deutschen Fragestellung hergeleitet worden sind (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Suchbegriffe der Literaturrecherche

| Elemente der Fragestellung | Suchbegriffe Deutsch | Suchbegriffe Englisch |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Phänomen | Suizidversuch, versuchter Suizid, versuchter Selbstmord | suicide attempt, attempted suicide, after suicide |
| Population | erwachsene Personen (mit dem Phänomen) | people, adults |
| Intervention | pflegerisch/nicht-pharmakologische Handlung, Unterstützung, Hilfestellung | nursing or health professional intervention, action, support, best practice, strategies, nursing practice |
| Setting | akutsomatisch, stationär, Spital, Krankenhaus | acute care setting, hospital, hospitalization |

Die Keywords wurden bei der systematisierte Literaturrecherche mit dem Booleschen Operatoren «AND» und «OR» kombiniert. Weiter wurden Begriffe der Ausschlusskriterien (siehe auch Kapitel 2.2.3) mit dem Booleschen Operator «NOT» miteinbezogen. Trunkierungen wie das * und die Phrasensuche wurden verwendet, um die Suche zu spezifizieren. Zusätzlich wurden Limits bezüglich der Sprache und des Publikationsjahres festgelegt. Um die wissenschaftlichen Ergebnisse ausreichend verstehen zu können, wurden die Sprachen Englisch und Deutsch als Einschlusskriterium definiert. Um sicherzustellen, dass mit dieser Arbeit neue Erkenntnisse zusammengetragen werden, sowie die zeitgemässe Relevanz der abschliessenden Arbeit zu sichern, wurden bei der Literaturrecherche nur Studien der letzten zehn Jahre miteinbezogen.

2.2.3 Ein – und Ausschlusskriterien

Die gefundenen Studien, gemäss den oben genannten Suchbegriffen, wurden anhand des Titels und des Abstracts auf ihrer Relevanz hin geprüft. Die Ein- und Ausschlusskriterien bezüglich Phänomen, Population, Setting, Intervention und Länder, schränkten die Auswahl weiter ein. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden in der Tabelle 2 zusammengefasst und danach im Detail erläutert.

Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien

| Kriterium | Einschlusskriterium | Ausschlusskriterium |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Phänomen | Handlung, die darauf abzielt, sich das Leben zu nehmen | Selbstverletzung ohne Todeswunsch |
| Population | Personen über 18 Jahre | Kinder und Jugendliche, sprich Personen unter 18 Jahren |
| Setting | Stationäre Akutsomatik/Psychiatrie ambulantes Setting Stationäre Langzeitpflege | pädiatrisches Setting |
| Intervention | Pflegerische Interventionen | Medikamentöse Interventionen |
| Länder | Industrialisierte Länder (Europa, Nordamerika, Australien, Neuseeland, Taiwan und Iran) | Schwellen- und Entwicklungsländer |

Die Arbeit zielt darauf ab, die Betreuung von Menschen im Spital nach einem Suizidversuch zu verbessern. Daher wurde selbstverletzendes Verhalten, das ohne den Todeswunsch erfolgte (siehe Kapitel 2.1.2), ausgeschlossen.

Zusätzlich werden Erwachsene ab 18 Jahren ein- und Kinder sowie Jugendliche ausgeschlossen. Dies mit der Begründung, dass Kinder und Jugendliche sich noch in kognitiven und physischen Entwicklungsphasen befinden und sich die Betreuungsansätze im Pflegealltag unterscheiden. Burdo-Hartman & Patel (2008) beschreibt, dass eine optimale Gesundheitsversorgung erreicht wird, wenn jeder Mensch im entsprechenden Alter medizinisch und entwicklungsgerecht versorgt wird.

Aufgrund von fehlender wissenschaftlicher Literatur im akutsomatischen Setting wurde das Setting bei der Literatursuche offengelassen, wobei der pädiatrische Bereich aus den bereits genannten Gründen ausgeschlossen wurde.

Inwiefern diese Entscheidung für die Beantwortung der im Zentrum stehenden Frage zielführend war, wird in der Diskussion kritisch erörtert.

Medikamentöse Therapien sind verschreibungspflichtig und werden durch die Ärzteschaft verordnet und gehören somit nicht zur pflegerischen Tätigkeit (Der Schweizerische Bundesrat, 2019; Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2020). Daher werden medikamentöse Therapieformen in der vorliegenden Bachelorarbeit ausgeschlossen.

Um die Übertragung der Studienergebnisse auf das schweizerische Gesundheitssystem ermöglichen zu können, werden Studien aus industrialisierten Ländern (z.B. Europa, Nordamerika, Australien, Neuseeland, Taiwan und Iran) eingeschlossen. Studien aus Schwellen- und Entwicklungsländern werden nicht miteinbezogen.

2.2.4 Suchverlauf

Der Suchverlauf und die Auswahl der Studien werden im Flow-Chart aufgezeigt (siehe Abbildung 2). Die beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limits sind dabei berücksichtigt. Gesamthaft wurden 513 Studien gefunden. Nach Abzug der beschriebenen Ausschlusskriterien wurden sieben Studien als relevant erachtet und miteinbezogen. Die Dokumentation der Literaturrecherche wird in Tabelle 3 beschrieben.

Abbildung 2

Flow-Chart zum Suchverlauf (eigene Darstellung)

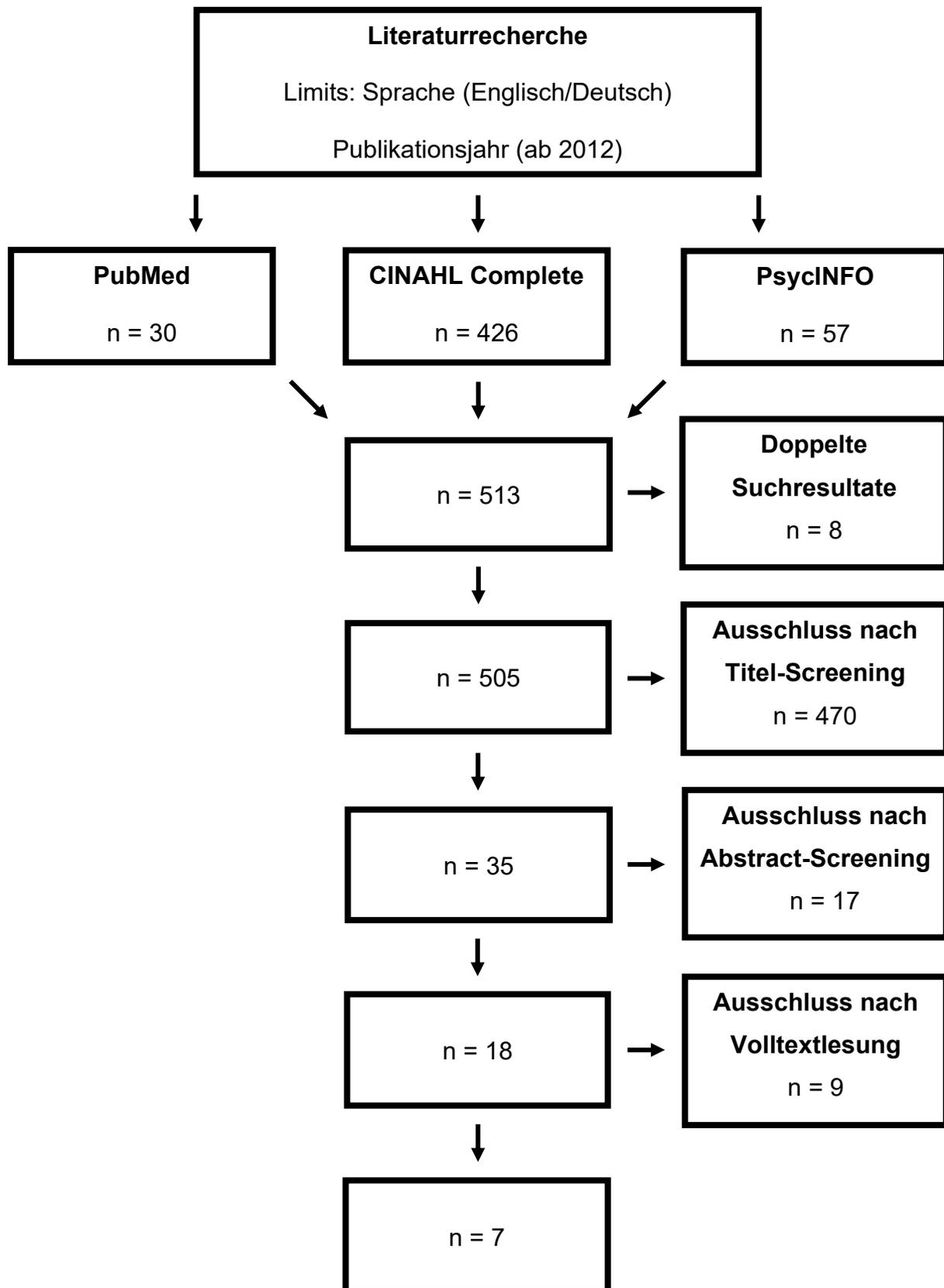


Tabelle 3*Dokumentation der Literaturrecherche*

| Keywords | Datenbank | Gesamte Anzahl Treffer | Anzahl relevante Titel | Anzahl relevante Abstracts | Relevante Studien |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Nurs* AND (attempted suicide) AND (interventions or strategies or best practices) | CINAHL Complete | 62 | 3 | 2 | - |
| Nurs* AND (attempted suicide) AND (acute care setting or hospital) NOT children | CINAHL Complete | 106 | 7 | 5 | Sun und Long (2013) und Sun et al. (2014) |
| (attempted suicide) AND (nursing interventions or nursing care) | CINAHL Complete | 94 | 5 | 2 | Heidari et al. (2019) |
| (attempted suicide) AND intervention AND hospitalization | CINAHL Complete | 89 | 8 | 3 | Gysin-Maillart et al. (2016) |
| (attempted suicide) AND hospital AND (nursing staff) | CINAHL Complete | 42 | 2 | 1 | Vandewalle et al. (2021) |

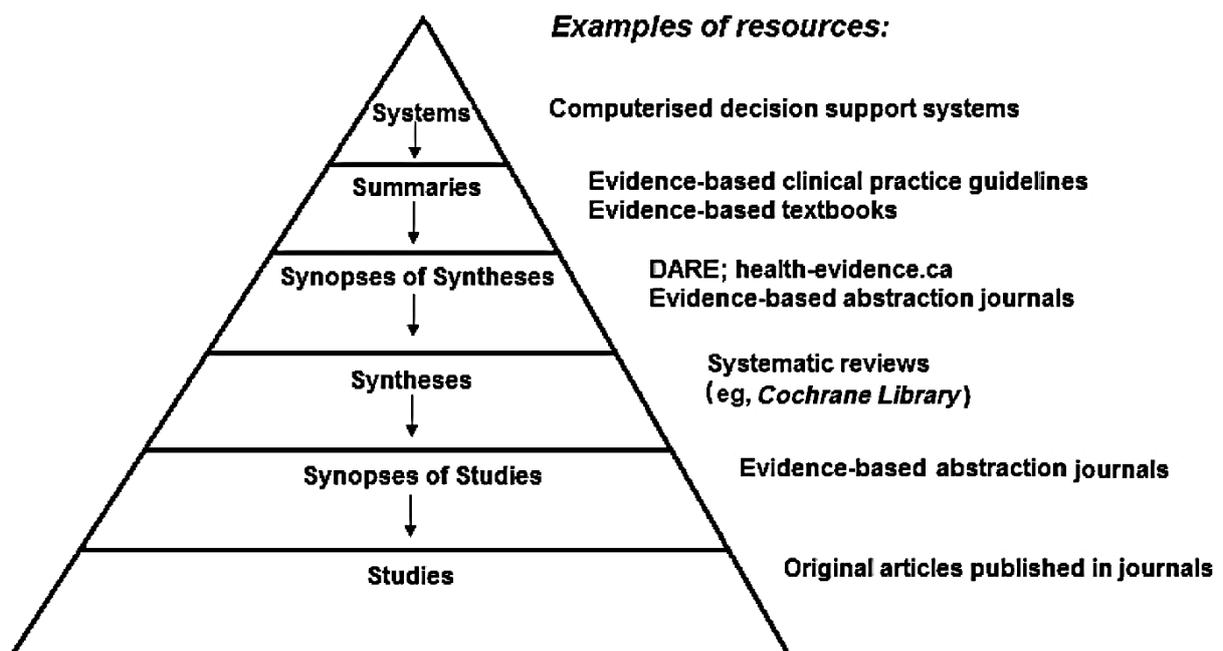
| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|---|---|-----------------------------------------------------------------------|
| (after suicide) AND (nurses or health-care professionals) NOT children | CINAHL Complete | 33 | 2 | 1 | Solin et al. (2021) |
| (attempted suicide) AND intervention AND (acute care setting) | PubMed | 25 | 4 | 2 | O'Conner et al. (2015) |
| (attempted suicide) AND (nursing inter- vention) AND (acute care) | PubMed | 5 | 1 | 1 | Sun et al. (2014) (gleiche Stu- die wie in CINAHL Complete) |
| suicide AND interven- tion AND (acute care setting) | PsycINFO | 57 | 3 | 1 | - |

2.2.5 Kritische Würdigung der Studien

Die für die Bachelorarbeit ausgewählten Studien werden mit dem Arbeitsinstrument Critical Appraisal (AICA) (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) analysiert, um sie zusammen zu fassen und kritisch zu würdigen. Ris und Preusse-Bleuler (2015) stützen ihre Leitfragen des AICA's für quantitative Studien auf die Forschungsarbeiten von LoBiondo-Wood et al. (2005) sowie Burns et al. (2005). Für die Leitfragen der qualitativen Studien wurden zusätzlich die Arbeiten von Lincoln und Guba (1985) berücksichtigt. Quantitative Studien werden nach den Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) geprüft. Für die qualitativen Studien werden die Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) verwendet. Zum Schluss wird das Evidenzlevel der Studien mithilfe der 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) (siehe Abbildung 3) eingeschätzt.

Abbildung 3

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



In Abbildung 3 wird die 6-S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) dargestellt. Die oberste Stufe der Pyramide – und somit das höchste Evidenzlevel – sind computer-gestützte Informationssysteme, die Forschungsergebnisse zu einem klinischen Problem zusammenfassen. Die miteinbezogenen Studien befindet sich in der untersten Stufe der Pyramide, welche die primäre Forschungsliteratur beinhaltet und somit die Basis des niedrigste Evidenzlevels darstellt.

2.3 Instrument für den Theorie-Praxistransfer

Für den Theorie-Praxistransfer werden die in den Studien beschriebenen Interventionen anhand des Evidence-based Nursing (EBN) Modelles analysiert. Das Modell besteht aus vier verschiedenen Säulen der Evidenz und ermöglicht Pflegefachpersonen an evidenzbasiertes Wissen heranzukommen, sodass Ergebnisse beurteilt, genutzt und in die Praxis transferiert werden können (Rycroft-Malone et al., 2004).

3 Resultate

Die sieben eingeschlossenen Studien werden im folgenden Kapitel zusammengefasst und ihre Güte analysiert. Die untenstehende Tabelle 4 gibt eine Übersicht der ausgewählten Studien, bei denen es sich um Primärliteratur handelt. Im Anhang zu dieser Arbeit befinden sich die vollständigen Zusammenfassungen und die kritische Würdigung der jeweiligen Studien mittels dem AICA (Ris & Preusse-Bleuler, 2015).

Tabelle 4*Übersicht der ausgewählten Studien*

| Referenz | Titel | Ziel | Design | Setting & Stichprobe | Kernaussage |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gysin-Maillart et al. (2016) | «A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)» | Prüfung der Wirksamkeit des Kurzinterventions-Programmes bei versuchtem Suizid (ASSIP), auf die Verringerung der Wiederholungsrate von Suizidversuchen | Quantitativ randomisiert kontrollierte Studie mit Interventions- und Kontrollgruppe | 120 Personen, die kürzlich einen Suizidversuch unternommen haben und auf der Notaufnahme des Universitätsspitals Bern eingeliefert wurden | ASSIP ist eine wirksame Kurztherapie für Personen nach einem Suizidversuch und kann als kostengünstige Intervention die übliche klinische Behandlung ergänzen |
| Heidari et al. (2019) | «The Assessment Effect of Spiritual Care on Hopelessness and Depression in Suicide Attempts» | Untersucht die Auswirkungen der Seelsorge auf die Hoffnungslosigkeit und Depression bei Suizidversuchen | Quasi-experimentelle Querschnittstudie mit randomisierter Unterteilung in Interventions- und Kontrollgruppe | 60 Personen nach einem Suizidversuch in einem Akutspital im Iran | Die Implementierung von einem spirituellen Betreuungsprogramm senkt das Niveau der Depression und der Hoffnungslosigkeit signifikant |
| O'Conner et al. (2015) | «The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors» | Durchführbarkeit und Akzeptanz einer Kurzintervention für Menschen nach einem Suizidversuch, die in eine Klinik eingewiesen wurden | Prä-Post-Test-Design mit randomisierter Unterteilung in Interventions- und Kontrollgruppe | 50 Personen, die in ein Traumazentrum in den USA nach einem Suizidversuch hospitalisiert wurden | Personen, die in eine akutstationäre Einrichtung eingewiesen werden, können von einer Kurzintervention profitieren, welche die übliche Versorgung ergänzt |

| | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Solin et al. (2021) | «Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals» | Aufzeigen der Auswirkungen eines Suizidpräventionstrainings auf die selbst wahrgenommene Kompetenz von Gesundheitsfachpersonen | Prä-Post-Test-Design | 1 048 Gesundheitsfachpersonen (Allgemeinmediziner/-innen, Pflegefachpersonen und Sozialarbeitende) aus Finnland | Die Suizidpräventionsschulung für Gesundheitsfachpersonen hat deren selbst wahrgenommene Kompetenz erhöht, dies verhindert wahrscheinlich keine Suizide, hilft jedoch, den eigenen Beobachtungen zu vertrauen |
| Sun und Long (2013) | «A suicidal recovery theory to guide individuals on their healing and recovering process following a suicide attempt» | Entwicklung einer Theorie zur Begleitung des Genesungsprozesses von Menschen nach einem kürzlichen Suizidversuch | Es wurden halbstrukturierte Interviews geführt und der qualitative Grounded-Theory-Ansatz nach Strauss und Corbin zur Theorieentwicklung verwendet | 20 Teilnehmenden in einem Spital in Taiwan | Es sollen ein positives Selbstwertgefühl aufgebaut und Hoffnung vermittelt werden, um die Herausforderungen des Lebens bewältigen zu können |

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sun et al. (2014) | «Short-term effects of suicide education intervention for family caregivers of people who are suicidal» | Überprüfung einer pädagogischen Intervention zur Ausbildung von Angehörigen von Menschen nach einem Suizidversuch | Randomisierte, kontrollierte Studie mit zwei Gruppen | 74 primär betreuende Angehörige von Menschen nach einem Suizidversuch, die von einem Suizidpräventionszentrum oder zwei Psychiatrien in Taiwan überwiesen worden sind | Die primär betreuenden Angehörigen in der Interventionsgruppe steigerten ihre Fähigkeiten, sich um suizidgefährdete Menschen zu kümmern |
| Vandewalle et al. (2021) | «Engagement between adults in suicidal crises and nurses in mental health wards: a qualitative study of patients' perspectives» | Untersuchung, wie Personen nach einem Suizidversuch ihre Beziehung zu Pflegefachpersonen in psychiatrischen Kliniken wahrnehmen | Qualitative Studie auf der Grundlage der «Grounded Theory» mit halbstrukturierten Interviews | 11 hospitalisierte Personen aus drei psychiatrischen Kliniken in Belgien, die eine suizidale Krise durchlebten | Vertrauen und Mitgefühl soll aufgebaut, sowie Sicherheit vermittelt werden. Dies hilft Suizidgedanken auszuformulieren und dadurch neue Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln |

3.1 «A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)» (Gysin-Maillart et al., 2016)

In der Studie von Gysin-Maillart et al. (2016) wurde die Wirksamkeit des «Attempted Suicide Short Intervention Program» (ASSIP) als Kurzintervention ergänzend dem «treatment as usual» (TAU), sprich zum herkömmlichen Verfahren, auf die Verringerung der Wiederholungsrate von Suizidversuchen in einer 24-monatigen Beobachtungszeit untersucht. An die Forschenden wurden Patienten und Patientinnen überwiesen, die im Zeitraum von Juni 2009 bis Dezember 2012 nach einem Suizidversuch auf der Notfallstation des Universitätsspitals Bern behandelt wurden. Wenn sie die Einschlusskriterien erfüllten und einwilligten, wurden sie nach dem Zufallsprinzip der Interventionsgruppe (n = 60), die zusätzlich mit dem ASSIP behandelt wurden, oder der Kontrollgruppe (n = 60) zugeteilt.

Das ASSIP-Manual beinhaltet drei bis vier strukturierte 60- bis 90-minütige Therapiesitzungen, die in der Regel wöchentlich mit Psychologen und Psychologinnen oder Psychiater/-innen stattfinden. Diese persönlichen Therapiesitzungen werden durch regelmässige, personalisierte Briefe an die Teilnehmenden über 24 Monate hinweg ergänzt.

Die in der Studie durchgeführten ASSIP-Therapiesitzungen werden im folgenden Abschnitt prägnant beschrieben.

In der ersten Sitzung wurde ein narratives Interview mit den Teilnehmenden durchgeführt. Dies bedeutet, die Patienten und Patientinnen erzählen von Erlebnissen sowie subjektiven Erfahrungen ihrer Geschichte über den Suizidversuch. Mithilfe dieser Technik werden Rückschlüsse auf Lebensereignisse in zeitlichen Zusammenhängen möglich. Diese Gespräche wurden mit Einverständnis der Teilnehmenden als Video aufgezeichnet.

In der zweiten Sitzung wurde das Video oder einzelne Sequenzen daraus, mit den Teilnehmenden gemeinsam analysiert. Dies mit dem Ziel, den psychischen Zustand der Patienten und Patientinnen während der suizidalen Krise in einer sicheren

Umgebung zu reaktivieren und eine detaillierte Rekonstruktion des Übergangs vom Erleben des psychischen Schmerzes und Stresses zur suizidalen Handlung zu ermöglichen. Sie erhielten zusätzlich ein psychoedukatives Handout «Suicide Is Not a Rational Act» als Hausaufgabe, welches sie mit persönlichen Kommentaren bei der nächsten Sitzung zurückgaben. Nach der Sitzung erstellen die Therapeuten und Therapeutinnen einen schriftlichen, individuellen Entwurf der Patientenfallkonzeptualisierung.

Bei der dritten Sitzung wurden die Kommentare zum Handout der Teilnehmenden erörtert. Gemeinsam mit den Therapeuten und Therapeutinnen wurde die Fallkonzeptualisierung überarbeitet. In enger Zusammenarbeit mit den Patienten und Patientinnen wurde eine Liste mit langfristigen Zielen, individuellen Warnzeichen und Sicherheitsstrategien entwickelt. Die schriftliche Fallkonzeption und die persönlichen Sicherheitsstrategien wurden ausgedruckt und den Teilnehmenden ausgehändigt. Weitere Kopien gingen an andere beteiligte Gesundheitsfachpersonen. Die langfristigen Ziele, Warnzeichen und Sicherheitsstrategien wurden dann auf ein kreditkartengroßes Faltblatt kopiert und den Patienten und Patientinnen mitgegeben. Darüber hinaus erhielten die Teilnehmenden eine Krisenkarte mit Telefonnummern von privaten oder professionellen Kontaktstellen, die im Falle einer Suizidkrise kontaktiert werden können. Sie wurden angewiesen, beide Karten stets bei sich zu tragen und sie im Falle einer suizidalen Krise zu benutzen.

Ergänzt wurde die Therapie mit halbstandardisierten Briefen, die alle drei Monate verschickt wurden. Die Briefe erinnerten die Teilnehmenden an das langfristige Risiko, künftiger Suizidkrisen und an die Bedeutung der Sicherheitsstrategien. In der Regel wurden ein oder zwei persönliche Sätze hinzugefügt, um sie aufzufordern, Rückmeldung zu ihrer momentanen Lebenssituation und ihrem Befinden zu geben.

Für die Datenanalyse wurde ein p-Wert unter 0.05 als statisch signifikant definiert. Um die Hazard Ratio zu bestimmen, wurden ein Cox-Proportional-Hazard-Regressionsmodell verwendet. Die sekundäre Ergebnismasse wurde mit nichtparametrischen Methoden, wie dem Mann-Whitney-U-Test, analysiert.

Während der 24-monatigen Nachbeobachtungszeit wurden in der ASSIP-Gruppe fünf Suizidwiederholungsversuche und in der Kontrollgruppe 41

Wiederholungsversuche verzeichnet. Die mittleren Hazard Ratio von 0.17 (95-Prozent-Konfidenzintervall: 0.07-0.46) deutet darauf hin, dass in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe während der Nachbeobachtungszeit ein 83-prozentig geringeres Risiko für ein Suizidversuch bestand ($p < 0.001$). Bei Ausschluss von Personen mit «borderline personality disorder» (BPD) in der ASSIP-Gruppe konnte ein 89-prozentig geringeres Risiko, während der 24-monatigen Nachbeobachtungszeit für einen erneuten Suizidversuch, im Unterscheid zur Kontrollgruppe festgestellt werden ($p = 0.004$). ASSIP-Teilnehmende hatten 72 Prozent weniger stationäre Behandlungstage als diejenigen der Kontrollgruppe ($p = 0.038$). Das ASSIP erfüllt somit den Bedarf einer kurzen, einfach durchzuführenden und kostengünstigen Intervention. Die Forschenden sind der Ansicht, dass das ASSIP das Potenzial hat, in verschiedenen Behandlungssettings Verwendung zu finden und die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Patienten und Patientinnen nach einem Suizidversuch zu senken. ASSIP dient jedoch nicht als Ersatz für eine Langzeittherapie, sondern kann als Ansatz genutzt werden. Grosse pragmatische Studien sind erforderlich, um die Wirksamkeit von ASSIP abschliessend zu belegen und weitere Ergebnisse in anderen klinischen Settings zu wiederholen.

Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Objektivität: Die Teilnehmenden wurden nicht vom Forschungsteam rekrutiert, sondern vom diensthabenden Psychiater der Notaufnahme überwiesen. Weiter erfolgte die Einteilung in die Interventions- oder Kontrollgruppe randomisiert, was die Objektivität stärkt. Die Teilnehmenden erhielten Kenntnisse über die Einteilung was eine Schwäche der Objektivität darstellt.

Die vier Fragebogen als Messinstrumente sind für alle Teilnehmenden gleich. Das Signifikanzniveau vom p-Wert wurde ($p < 0.05$) definiert. Verschiedene Einflussfaktoren (BPD, Abbruchquote) wurden in der Analyse kontrolliert. Das Studienprotokoll wurde im Verlauf der Studie ein wenig abgeändert, was sich negativ auf die Objektivität auswirkt. Weiter war für die Erstbefragung eine Zeitspanne von drei Monaten nach dem Suizidversuch zulässig, was die Objektivität ebenfalls schwächte.

Reliabilität: Die Messinstrumente sind standardisiert und somit reliabel. Die Begrifflichkeit Suizidversuch wird genau definiert. Es werden Angaben zur zeitlichen

Durchführung der Messung gemacht. Ein- und Ausschlusskriterien sind genau beschrieben. Die Daten wurden gemäss den entsprechenden Skalenniveaus geprüft und analysiert. Die interne Konsistenz der Fragebogen ist als hoch zu bewerten. Die Erhebung der Daten in nur einem Spital kann als Schwäche der Studie betrachtet werden. Es sind grössere Studien erforderlich, um die Evidenz der Wirksamkeit der Intervention zu bestimmen.

Validität: Die Ergebnisse werden mit bestehender wissenschaftlicher Literatur verglichen und diskutiert. Die interne Validität ist gewährleistet, indem ein angemessenes Studiendesign verwendet wird. Die externe Validität ist hoch, da die Studie unter realen Bedingungen durchgeführt und eine angemessene Stichprobengrösse verwendet wurde. Angaben zur Validität der Messinstrumente fehlen teilweise.

3.2 «The Assessment Effect of Spiritual Care on Hopelessness and Depression in Suicide Attempts» (Heidari et al., 2019)

Heidari et al. (2019) untersuchten die Auswirkungen einer Intervention im Rahmen der Seelsorge auf die Hoffnungslosigkeit und Depression bei Suizidversuchen. Die Forschenden teilten 60 Personen, die nach einem Suizidversuch zwischen November 2014 und Januar 2016 in ein Krankenhaus im Iran eingeliefert wurden, in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe ein. Die Teilnehmenden füllten die beiden Fragebogen «Beck's Depression Inventory II (BDI-II)» und dem «Beck's Hopelessness Scale (BHS)» aus. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich eine pädagogische Broschüre mit Anleitungen zu verschiedenen Massnahmen der spirituellen Betreuung, die mit dem islamischen Glauben übereinstimmten und von den Forschenden entwickelt wurde. Die Teilnehmenden wählten daraus acht Massnahmen, die sie interessierten. In acht Sitzungen mit einem Psychiater oder einer Psychiaterin wurde eine Person der Seelsorge hinzugezogen, die diverse Inhalte (siehe Tabelle 5) in Bezug auf Spiritualität und Religion vermittelte, sowie den Teilnehmenden verschiedene Bewältigungstechniken aufzeigte. Weiter wurde die Broschüre den Angehörigen abgegeben, damit diese mit den Teilnehmenden zu Hause üben konnten. Nach zwei Monaten wurde die Einschätzung mit den beiden Fragebogen BDI-II und BHS wiederholt.

Tabelle 5*Inhalt der Gespräche durch die Seelsorge*

| Sitzung | Inhalt |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Vorstellung der Mitglieder untereinander und Diskussion über Spiritualität und Religion und deren Auswirkungen auf das Leben |
| 2 | Wirkung von Glauben und Vertrauen auf die Verringerung psychologischer Probleme |
| 3 | Spirituelle Visualisierung / progressive Muskelentspannung mit Johnsons Entspannungstechnik zusammen mit beruhigender Musik (Klang von Natur und Regen) |
| 4 | Rolle der Geduld beim Ertragen von Not und Unglück Rolle der Geduld zusammen mit dem Vertrauen in Gott |
| 5 | Buchtherapie und Koranrezitation |
| 6 | Gebetstherapie zur Verringerung psychischer Probleme, zur Steigerung der Hoffnung und zur Verringerung von Depression, sowie Diskussion über Rolle des Gebets für die psychische Gesundheit und Zukunftshoffnung |
| 7 | Schreiben eines Tagebuchs / spirituelle Selbstoffenbarung |
| 8 | Mitgefühl und Barmherzigkeit / Definition von Reue und ihren Bedingungen |

Vor der Umsetzung des spirituellen Betreuungsprogramms gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe, bezogen auf die Depression ($p = 0.58$). Nach der Implementierung des Programms wurde bei allen Personen der Interventionsgruppe nur noch eine minimale Depression ($n = 30$), hingegen bei 60 Prozent ($n = 18$) der Teilnehmenden in der Kontrollgruppe eine schwere Depression festgestellt. Dies ist ein signifikanter Unterschied ($p = 0.002$).

Bezogen auf die Hoffnungslosigkeit konnte vor der Intervention ebenfalls kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden ($p = 0.63$). Nach der Intervention bestand ein signifikanter Unterschied ($p = 0.001$). Während 100 Prozent ($n = 30$) der Interventionsgruppe eine geringe Hoffnungslosigkeit beschrieben, war es in der Kontrollgruppe nur die Mehrheit ($n = 17$) der Teilnehmenden, die über eine mittlere Hoffnungslosigkeit berichteten.

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass sich das Niveau der Depression und Hoffnungslosigkeit in den beiden Gruppen nach der Intervention signifikant unterschied. Es wird empfohlen, spirituelle Interventionen in die ganzheitliche Pflege während der Behandlung zu integrieren.

Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Objektivität: Die Einteilung in die Interventions- und Kontrollgruppe erfolgte randomisiert. Die Messinstrumente in Form der Fragebogen waren für alle Teilnehmenden gleich. Wenn die Teilnehmenden diese nicht ausfüllen konnten, wurde dies durch die Forschenden übernommen. Durch die menschliche Interaktion könnte die Objektivität dadurch verfälscht sein. Es wird jedoch nicht beschrieben, was mögliche Gründe für das Nicht-Ausfüllen-Können sind. Das Signifikanzniveau wurde nicht explizit definiert.

Reliabilität: Die Stichprobengröße wurde unter Verwendung des Altman-Nomogramms berechnet. Die Reliabilität der beiden Fragebogen wurde gemessen und bestätigt. Es wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme definiert. Durch die Datenerhebung in nur einem Spital und die Anwendung der statistischen Verfahren in den Datenanalysen nur ungenau erläutert wurden, reduziert sich die Reliabilität. Weiter wurden die Daten nicht auf Normalverteilung geprüft.

Validität: Die Validität der beiden Fragebogen wurde geprüft und bestätigt. Die interne Validität der Messinstrumente ist somit gegeben. Weitere Einflussfaktoren auf die Ergebnisse der Studie wurden weder überprüft noch diskutiert.

Die externe Validität ist eingeschränkt, da die Studie in nur einem Spital durchgeführt wurde. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Settings wird nicht diskutiert. In der Studie sind keine Limitationen angegeben.

3.3 «The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors» (O'Connor et al., 2015)

Die Studie von O' Conner et al. (2015) untersuchte die Durchführbarkeit und die Akzeptanz der Kurzintervention «Teachable Moment Brief Intervention» (TMBI) bei Menschen, die nach einem Suizidversuch hospitalisiert wurden.

Es wurden insgesamt 50 Patienten und Patientinnen rekrutiert, aus einem Traumazentrum in Washington. Zehn Personen lieferten Informationen darüber, was die übliche Behandlung beinhaltet, was wiederum die Grundlage für die Erstellung des Interventionshandbuchs und des Forschungsdesigns bildete. Weitere zehn Personen lieferten Informationen zur Verfeinerung der Interventionen und des Untersuchungsverfahrens. Die anderen 30 Personen wurden im Rahmen eines Prä-Post-Forschungsdesigns randomisiert in die Interventions- oder Kontrollgruppe eingeteilt. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe erhielten die TMBI und die Kontrollgruppe die übliche Therapie.

Die Kurzintervention zum lehrreichen Zeitpunkt (TMBI) basiert einerseits auf der therapeutischen Perspektive der «Collaborativ Assessment and Management of Suicidality» und andererseits auf der funktionalen Analyse der selbstgesteuerten Gewalt, welche der dialektischen Verhaltenstherapie zugrunde liegt. Beides sind evidenzbasierte Ansätze zur Suizidprävention.

Ziel der TMBI ist es, den Patienten und Patientinnen dabei zu helfen, ihre individuellen Faktoren zu erkennen, denen die Suizidgedanken zugrunde liegen. Somit wird die Entscheidung, den Suizid abzulehnen, beschleunigt und die Probleme aktiv anzugehen, die zum Suizidversuch geführt haben. Dazu gehört auch – wenn nötig – die Inanspruchnahme einer stationären psychiatrischen Behandlung und/oder ambulante psychiatrische Dienste. Gemeinsam mit dem Therapeuten oder der Therapeutin wird ein Arbeitsblatt erarbeitet, in dem die Faktoren dokumentiert werden, die für die Suizidgedanken verantwortlich sind, sowie einen Krisenreaktionsplan, der sowohl kurzfristige Bewältigungsstrategien als auch einen langfristige Behandlungsplanung vorsieht.

Alle Teilnehmenden füllten zu Beginn der Studie und nach einem Monat verschiedene Fragebogen aus. Diese umfassten die aktuelle Intensität der Suizidgedanken, Bewertung des ersten suizidalen Ereignisses, die Bedeutung der verschiedenen Gründe für die suizidalen Absichten und die Motivation zur Veränderung.

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe füllten nach der TMBI-Sitzung den «Client Satisfaction Questionnaire» (CSQ) Fragebogen zur Patientenzufriedenheit aus, der aus einer 4-stufigen Likert-Skala (1 = schlecht bis 4 = ausgezeichnet) besteht. Bei allen CSQ-Items wurde das TMBI als gut bis sehr gut bewertet mit einem berechneten Mittelwert von $M = 3.38$ von 4.

Die Interventionsgruppe zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante ($p = 0.02$) positive Verbesserung nach einmonatiger Nachbeobachtung zur eigenen Motivation, ihre Probleme angehen zu wollen. Eine genauere Untersuchung mit dem Fragebogen «Stages of Change Questionnaire» (SCQ) zeigte im Vergleich zur Gruppe mit der üblichen Betreuung, eine deutliche Verbesserung in den Subskalen «Precontemplation» ($p = 0.04$), «Contemplation» ($p = 0.10$) und "Action" ($p = 0.10$), was auf eine konsistente Reaktion bei der Behandlung von Problemen im Rahmen des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung schliessen lässt.

Signifikante Verbesserungen ($p < 0.01$) des Lebenswillens wurden in der TMBI-Gruppe im Vergleich zur Gruppe mit der üblichen Betreuung festgestellt. Obwohl in der Kontrollgruppe ein höherer Tendenz an Verbesserung der suizidalen Absichten gemessen wurde, gaben die meisten Teilnehmenden (~70 Prozent) in beiden Gruppen an, dass sie nach einem Monat keine Suizidgedanken hatten.

Insgesamt zeigt die Studie, dass Patienten und Patientinnen, die in einer akutstationären Einrichtung aufgenommen werden, von einer kurzen Intervention profitieren können, die die übliche Behandlung ergänzt. Die Kurzintervention erfolgt auf eine kooperative, patientenzentrierte Weise und konzentriert sich speziell auf die funktionalen Aspekte des Suizidversuchs.

Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Objektivität: Die Teilnehmenden der Studie wurden nicht durch die Forschenden rekrutiert, sondern überwiesen. Dies stärkt die Objektivität. Weiter erfolgte die Gruppeneinteilung in die Interventions- und Kontrollgruppe randomisiert.

Der Forschungsablauf wird beschrieben und Drop-outs begründet.

Die Messinstrumente waren für alle Teilnehmenden gleich, was die Objektivität weiter stärkt. Limitierend wirkt sich jedoch aus, dass kein Signifikanzniveau definiert wurde. Ebenso wurde die Intervention nur durch einen Kliniker durchgeführt. Dieser ist zudem der Hauptautor der Studie. Ein Interessenkonflikt kann somit nicht ausgeschlossen werden. Weiter werden die Einflussfaktoren auf die Ergebnisse nicht thematisiert.

Reliabilität: Drei der verwendeten Messinstrumente, gemessen mit dem Cronbach's Alpha, weisen ein akzeptables Mass an interner Konsistenz auf («Scale for Suicide Ideation» $\alpha = 0.88$, SCQ $\alpha = 0.75-0.87$ und CSQ $\alpha = 0.83-0.93$). Die selbstgesteuerte Gewalt ohne Todesabsicht wird vom Suizidversuch abgegrenzt.

Die kleine Stichprobengrösse reduziert die Reliabilität. Weiter wurde das Messinstrument «Reasons for Living Inventory» für Jugendliche konzipiert und könnte zu Messfehlern bei der erwachsenen Population der Studie geführt haben.

Validität: Die Messinstrumente sind valide. Weiter wurden Limitationen für die Studie angegeben, was die Validität stärkt. Jedoch ist die externe Validität unsicher, da die Übertragbarkeit auf andere Settings erforscht werden muss. Weiter wurde nach keinen alternativen Erklärungen für die Ergebnisse gesucht, was die interne Validität schwächt.

3.4 «Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals» (Solin et al., 2021)

Solin et al. (2021) untersuchten die selbst wahrgenommenen Kompetenzen der Teilnehmenden eines Suizidpräventionstrainings von Gesundheitsfachpersonen.

In Finnland wurden bei insgesamt 2027 Gesundheitsfachpersonen Schulungen durchgeführt. Das Training dauerte drei Stunden und beinhaltete einen Vortrag, Diskussionen über die Erfahrungen der Teilnehmenden und auf Video aufgezeichnete Erfahrungsberichte von Personen, die von suizidalen Absichten betroffen sind oder waren. In den 45 Schulungen wurden folgende Themenbereiche behandelt: Risiko- und Schutzfaktoren, Screening und Bewertung des Suizidrisikos, Äussern von Bedenken und Konfrontieren suizidaler Personen, sowie Behandlung von Suizidgedanken in der primären Gesundheitsversorgung und die damit verbundenen Überweisungsprozesse.

Vor der Intervention und zwei Wochen nach dem Training füllten die Teilnehmenden online einen Fragebogen aus, in dem sie ihre Kompetenzen in Bezug zu den vier unterrichteten Bereichen auf einer Likert-Skala von 1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut einschätzen.

Die Studie von Solin et al. (2021), untersuchte die Ergebnisse von Allgemeinmediziner/-innen und Pflegefachpersonen, sowie Mitarbeitenden der sozialen Arbeit. Von den 1048 Teilnehmenden dieser Berufsgruppen beantworteten 25 Prozent beide Fragebogen.

Das Konfidenzintervall der mittleren Werte der Ergebnisse wurde bei 95 Prozent festgelegt.

Die grösste selbst wahrgenommene Kompetenzsteigerung in der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen trat im Bereich des Äussers von Bedenken und der Konfrontation von suizidalen Patienten und Patientinnen auf. Dies zeigt sich mit einer Verbesserung von 0.70 Punkten auf der Likert-Skala. Die geringste selbstwahrgenommene Kompetenzsteigerung der Pflegefachpersonen mit einem subjektiven Verbesserungswert von 0.53 Punkten wurde im Bereich des Screenings und der Bewertung des Suizidrisikos gemessen.

Weiter wurde geprüft, inwiefern der Kompetenzzuwachs durch die Berufserfahrung beeinflusst wurde. Anhand der Daten der Allgemeinmediziner/-innen fanden Solin et al. (2021) heraus, dass Mediziner/-innen die bereits seit 5-19 Jahren in der Praxis tätig sind, am meisten von der Ausbildung profitieren konnten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich durch das Trainingsprojekt die selbst wahrgenommene Kompetenz bezüglich Suizidprävention verbesserte. Diese Erhöhung der Fertigkeiten und des Wissens verhindert zwar keine Suizide, hilft jedoch höchstwahrscheinlich, das Selbstvertrauen zu erhöhen und den eigenen Beobachtungen zu vertrauen.

Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Objektivität: Der Studienablauf wird nachvollziehbar beschrieben. Erläuterungen über die Rekrutierung der Teilnehmenden der Schulung fehlen jedoch.

Die eingesetzten Methoden für die Datenerhebung sind über alle Studienteilnehmenden konsistent. Werden Daten ausgeschlossen, wird dies mit dem Nicht-Ausfüllen des Fragebogens begründet.

Es werden weitere Einflussfaktoren wie zum Beispiel die Berufserfahrung auf die Ergebnisse geprüft und miteinbezogen. Das bedeutet, dass für mehrere Variablen kontrolliert wird, was die Objektivität erhöht.

Die Vorher-Nachher-Ergebnisse der selbst wahrgenommenen Kompetenz, werden in nur vier Kategorien gemessen, was die Objektivität einschränkt.

Reliabilität: Der Fragebogen als Messinstrument wird im Text beschrieben. Die Skala ist in Anlehnung an ein standardisiertes Messinstrument gestaltet, was zu einer hohen Reliabilität beiträgt. Der Fragebogen ist mit nur einer Frage pro Kategorie sehr kurzgehalten.

Die Stichprobengröße ist eher klein, was die Reliabilität reduziert.

Validität: Es werden Limitationen der Studie angegeben und die Ergebnisse mit bereits vorhandener wissenschaftlicher Literatur diskutiert.

Die Schulungen wurden in ganz Finnland durchgeführt. Das bedeutet, dass die Testergebnisse aus einer realen Umgebung stammen, was eine hohe externe Validität ergibt. Jedoch fehlen Angaben zur Validität des Messinstrumentes. Auch die Langzeitauswirkungen des Trainings wurden nicht gemessen.

3.5 «A suicidal recovery theory to guide individuals on their healing and recovering process following a suicide attempt» (Sun & Long, 2013)

In der qualitativen Studie von Sun und Long (2013) wird das Ziel verfolgt, durch subjektive Erfahrungen eine Theorie zu entwickeln, um Menschen nach einem Suizidversuch bei ihrem Heilungs- und Genesungsprozess zu unterstützen. In einem Spital in Taiwan wurden dafür 20 Teilnehmende, darunter Patienten und Patientinnen, die sich von einem Suizidversuch erholt hatten (n = 14) und ihre Betreuer/-innen (n = 6), befragt. Die Stichprobe wurde auf diejenigen Personen beschränkt, die bereits einen oder mehrere Suizidversuche hatten, jedoch im letzten Jahr weder Suizidgedanken noch -versuche aufwiesen. Die Betreuer/-innen waren Personen, die diese Patienten und Patientinnen während ihrer Erholungszeit betreuten.

Zur Datenerhebung wurden halbstrukturierte Interviews in einem ruhigen, privaten Krankenhausraum für etwa 50-70 Minuten geführt, die mit dem Einverständnis der Teilnehmenden auf Tonband aufgenommen wurden. Das Interview enthielt sechs Themenbereiche (siehe Tabelle 6). Dieselben sechs Themen wurden verwendet, um die Wahrnehmungen der Betreuer/-innen über die Genesungserfahrungen der suicidalen Patienten und Patientinnen zu untersuchen.

Um eine theoretische Sättigung zu erreichen, wurde der ursprüngliche Gesprächsleitfaden nach jedem Gespräch individuell angepasst und geändert. So konnten allenfalls neue Konzepte miteinbezogen werden.

Tabelle 6

Thematische Inhalte des Interviews

| Thema | Inhalt |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Persönliche innere und äussere Ressourcen, die es den Teilnehmenden ermöglichten, sich von einem Suizidversuch zu erholen |
| 2 | Ereignisse oder Geschehnisse, die die Suizidgedanken beeinflussen |
| 3 | Das Umfeld oder die Umstände, die zur Verringerung ihrer Suizidgedanken beitrugen |
| 4 | Positive Ereignisse oder Geschehnisse, die sie im letzten Jahr von einem Suizidversuch abhielten |
| 5 | Negative Ereignisse, Gedanken oder Gefühle, welche die Erholung von einem Suizidversuch verzögerten |
| 6 | Beschreibungen ihres Lebens im letzten Jahr |

Es wurde die «Grounded Theory» von Strauss und Corbin (1998) eingesetzt, um die Meinungen und Ansichten der Teilnehmenden zu erfassen, kodieren und so prägnante Aussagen zu extrahieren. Darauf aufbauend wurde in einem nächsten Schritt eine Theorie entwickelt. Diese besteht aus fünf Komponenten: ursächliche Bedingungen, kontextuelle Bedingungen, intervenierende Bedingungen, Aktion/Interaktionen und Konsequenzen, die im Folgenden genauer erläutert werden.

Bei der Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch ist es wichtig, die ursächlichen Bedingungen zu ermitteln, die den Beginn des Heilungs- und Genesungsprozesses beeinflusst haben. Den betroffenen Menschen wurde nach ihrer suizidalen Handlung bewusst, dass diese nicht ihr Problem lösten. Sie dachten nicht an ihre Familien, weil sie – in ihrem eigenen Tumult gefangen – waren. Diese Feststellung wurde von der Aussage unterstrichen, dass sie ein schlechtes Gewissen gegenüber ihren Familien hatten und jetzt den Wert der Familie erkennen würden.

Eine weitere Komponente der Theorie stellt die kontextuellen Bedingungen dar. Diese sind spezifische Muster von Faktoren, die eine Reihe von Umständen und Problemen verursachen. Die Teilnehmenden gaben an, sich in einem schützenden Umfeld mit wenig Stress und Vertrautheit besser erholen zu können. Sie haben sich von anderen gebraucht und als wertvolle Person anerkannt gefühlt.

Die intervenierenden Bedingungen sind Einflussfaktoren, welche den Heilungsprozess nach einem Suizidversuch verändern. Die Teilnehmenden erzählten, dass eine Reduktion ihres Stressniveaus und ein starkes Unterstützungsnetz positive Auswirkungen auf ihren Heilungsprozess hatte. Zu diesem Unterstützungsnetz gehörten ihre engsten Familienangehörigen und Freunde, die sie nicht verurteilten und ihnen zuhörten, die Ärzteschaft, die ihnen Medikamente und Behandlungen verschrieb und die Pflegefachpersonen sowie Sozialarbeiter/-innen, die für die pflegerische und soziale Betreuung sorgten. Auch religiöse und spirituelle Gesellschaftsgruppen wie beispielsweise Kirchenvereine baten Unterstützung.

Zu den weiteren Komponenten gehören die Handlungs- und Interaktionsstrategien. Diese sind zielgerichtete oder bewusste Handlungen, die eingesetzt werden, um ein Problem zu lösen. In der vorliegenden Studie wurde festgestellt, dass Menschen, die einen Suizidversuch unternahmen, sich nutzlos fühlten und daher sterben wollten. Während des Heilungs- und Genesungsprozesses nach einem Suizidversuch, lernten die Patienten und Patientinnen neue Bewältigungsstrategien für den Umgang mit ihren schmerzhaften Erfahrungen. Sie versuchten während dem Genesungsprozess, sich selbst, andere und das Leben mit all seinen Facetten zu akzeptieren. Zunächst arbeiteten sie daran, ihre zwanghaften Suizidgedanken zu ändern und wurden flexibler in ihrem Denken und ihrer Lebensart. Gleichzeitig arbeiteten sie daran, ein positives Selbstbild aufzubauen, sowie ihr Selbstvertrauen und ihr Selbstwertgefühl wieder aufzubauen, indem sie ihr unwirksames Bewältigungsverhalten durch wirksame Verhaltensweisen änderten. Auch lernten sie Strategien zum Abbau von Stress und zur Bewältigung von negativen Gedanken und Gefühlen.

Als Konsequenz aus den oben genannten Aspekten, verfolgten die Patienten und Patientinnen das Ziel einer gesteigerten Zufriedenheit im Leben. Diese Kernkategorie beinhaltet somit die Bemühungen, den Wert der eigenen Existenz zu akzeptieren.

Die Ergebnisse der qualitativen Studie von Sun und Long (2013) zeigen insgesamt, dass der Heilungs- und Genesungsprozess nach einem Suizidversuch eine schwierige und langandauernde Herausforderung darstellt. Die betroffenen Menschen brauchen daher in dieser Zeit ein solides und starkes Unterstützungsnetz. Sie müssen sich in der Gesellschaft integriert fühlen. Innere Stärke mit zusätzlicher Unterstützung und Betreuung von aussen, ermöglicht suizidgefährdeten Patienten und Patientinnen zu genesen und mehr Selbstvertrauen zu entwickeln, um die Herausforderungen des Lebens zu bewältigen.

Die Pflegefachpersonen sollen suizidgefährdete Personen ermutigen, ihr Leben verbessern zu wollen und ihre neu gesetzten Ziele zu erreichen. Darüber hinaus sollten die Pflegefachpersonen den suizidgefährdeten Patienten helfen, ihren Wert in der Familie oder der Gesellschaft zu erkennen.

Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985)

Glaubwürdigkeit: Es wurde eine Methoden-Triangulation durchgeführt, indem die Forschenden Interviews führten und den Zustand der Teilnehmenden beobachteten. Weiter fanden «Member-Checkings» statt, indem die entwickelte Theorie durch zwei Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten und zwei Pflegefachpersonen überprüft wurde. Durch das Fehlen einer Berücksichtigung von Kontrastfällen wird die Breite des Themas nicht vollständig beleuchtet, was die Glaubwürdigkeit schwächt.

Übertragbarkeit: Die Ergebnisse wurden nach Themen kategorisiert. Weiter wurden für den Ergebnisteil passende Zitate verwendet. Eine Anreicherung der Ergebnisse mit Materialien der Situation vor Ort fand jedoch nicht statt, was die Übertragbarkeit schwächt.

Zuverlässigkeit: Es wurden Audioaufnahmen der Interviews gemacht. Weiter wurde die Datenanalyse differenziert beschrieben. Es wurde ein Audit-Trail erstellt. Diese transparente Beschreibung der Forschungsschritte trägt zur Stärkung der Zuverlässigkeit bei.

Bestätigung: Zwei Experten überprüften die Daten und Datensätze. Jedoch gab es keine Angaben zur Begleitung der Forschungsabläufe durch externe Personen.

3.6 «Short-term effects of suicide education intervention for family caregivers of people who are suicidal» (Sun et al., 2014)

Sun et al. (2014) untersuchten die kurzfristigen Auswirkungen einer bildungspädagogischen Intervention für pflegenden Angehörige von Menschen nach einem Suizidversuch. Die Hypothesen zur verbesserten Fähigkeit sich um die suizidgefährdeten Angehörigen zu kümmern – weniger erlebter Stress und eine positive Einstellung gegenüber den Angehörigen – wurden mittels der Studie überprüft.

Es wurden 74 pflegende Angehörige von Patienten und Patientinnen eines Suizidpräventionszentrums und zweier Psychiatrien zwischen Oktober 2009 und Dezember 2010 rekrutiert. Die Forschenden randomisierten die Teilnehmenden in eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe. Die Interventionsgruppe erhielt, ein von den Forschenden entwickeltes 40-seitiges Handbuch, mit vier Kapiteln: Das erste Kapitel zielt darauf ab, das Verständnis für den Suizid zu steigern. Es enthält Definition, Epidemiologie sowie Gründe für einen Suizid. Das zweite Kapitel hat zum Zweck, das Stigma in Bezug auf Suizidversuche zu verringern und Betroffene, sowie deren Angehörigen zu ermutigen, sich frühzeitig Hilfe beizuziehen. Im dritten Kapitel wurden herausfordernde Situationen in der Pflege von Angehörigen aufgezeigt und Informationen zu Unterstützungssystemen erläutert. Das letzten Kapitel hat zum Ziel, die Fähigkeit der Pflege von Suizidgefährdeten zu steigern.

Das Handbuch wurde den Teilnehmenden in einem zweistündigen, persönlichen Unterricht von einem Forscher erklärt und die pflegenden Angehörigen tauschten Erfahrungen aus. Weiter standen die Forschenden den Angehörigen bei Bedarf während der gesamten Studienzeit per kostenloser telefonischer Beratung zur Seite. Nach einer Woche und innerhalb der ersten zwei Monate führten die Forschenden mit den Teilnehmenden der Interventionsgruppe per Telefon zwei individuelle Nachsorgegespräche durch. Die Kontrollgruppe erhielt die normale Unterstützung. Vor, und drei Monate nach der Intervention, wurden die pflegenden Angehörigen mittels den drei Fragebogen «Suicidal Caring Ability Scale» (SCAS), «Caring Stress Scale» (CSS) und «Suicidal Attitudes Scale» (SAS) zu verschiedenen Themenbereichen befragt.

Die Daten wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov Test auf ihre Normalität hin geprüft. Der unabhängige t-Test wurde auf die Subskalen der emotionalen Belastung und die

Belastungsskala der Pflegekräfte angewendet, die beide eine Normalverteilung zeigten. Der Mann-Whitney-U-Test wurde bei den restlichen Variablen verwendet, um die Post-Interventions-Daten der beiden Gruppen zu analysieren. Die Forschenden kamen zu den Ergebnissen, dass die Werte der Kontroll- und Interventionsgruppe sich für die Variablen: Hilfe aus Ressourcen suchen ($p = 0.016$), sich um Menschen kümmern, die suizidgefährdet sind ($p = 0.018$), «SCAS» ($p < 0.010$), Kommunikation und Aufmerksamkeit ($p = 0.028$) und Behandlung ($p = 0.027$) bei einem Signifikanzniveau von $p < 0.05$ signifikant unterschieden. Die «SAS» lag bei einem definierten Signifikanzniveau von $p < 0.01$ mit $p < 0.0009$ ebenfalls im signifikanten Bereich. Somit konnten Sun et al. (2014) mit der Studie aufzeigen, dass die Interventionen für pflegende Angehörige einen statistisch signifikanten Effekt hatten. Pflegende konnten sich besser um die suizidgefährdeten Angehörigen kümmern und hatten gegenüber diesen eine positivere Einstellung. Den Stress dagegen erlebten sie unverändert, womit diese Hypothese durch die Studie nicht bestätigt werden konnte.

Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Objektivität: Die Teilnehmenden wurden an die Forschenden überwiesen und nicht durch diese rekrutiert. Die Einteilung in die Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe erfolgte randomisiert durch Ziehung einer Nummer durch eine unabhängige Person, was die Objektivität stärkt.

Es wurde durch Standardprotokolle sichergestellt, dass die eingesetzten Methoden von allen Forschenden gleich eingesetzt wurden. Weiter erfolgte die Datenerhebung durch Fragebogen und war bei allen Teilnehmenden gleich. Die Drop-outs wurden angegeben und begründet. All diese Faktoren erhöhen die Objektivität.

Die Studienteilnehmenden wurden mit Geschenken motiviert, weiterhin an der Studie teilzunehmen, was einen negativen Einfluss auf die Objektivität hat. Weiter wurde der psychische Zustand der pflegenden Angehörigen nur teilweise erfragt. Inwieweit die Ergebnisse der Studie durch die so nicht berücksichtigten Variablen beeinflusst wurde, konnte nicht gemessen werden.

Reliabilität: Die Fragebogen wurden mit dem Cronbach's-Alpha auf ihrer Reliabilität überprüft. Der SCAS und der CSS wiesen mit 0.92 beziehungsweise 0.89 einen zuverlässigen Wert auf. Der SAS zeigte einen Wert von 0.56. Dieser tiefe Wert wurde

mittels wissenschaftlicher Literatur als ausreichend für die Verwendung in dieser Studie begründet.

Die Daten wurden auf Normalverteilung geprüft. Es wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie beschrieben. Mit $n = 74$ liegen die vollständig ausgefüllten Fragebogen unter dem berechneten notwendigen Wert der Stichprobe von $n = 128$. Die Stichprobe ist somit nicht ausreichend und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Bevölkerung fragwürdig.

Validität: Limitationen wurden angegeben und die Fragebogen wurden auf ihre Validität überprüft und als hoch bewertet. Die Ergebnisse wurden mit bereits vorhandener wissenschaftlicher Literatur diskutiert, was die Validität stärkt.

Die externe Validität der Ergebnisse ist gegeben, da die Schulungen in ganz Finnland stattfanden. Die Langzeitauswirkungen des Trainings wurden nicht gemessen. Die interne Validität wird durch die grosse Fluktuation negativ beeinflusst.

3.7 «Engagement between adults in suicidal crises and nurses in mental health wards: a qualitative study of patients' perspectives» (Vandewalle et al., 2021)

In der qualitativen Studie von Vandewalle et al. (2021), geht es darum herauszufinden, wie Patienten und Patientinnen in suizidalen Krisen ihre Beziehung zu Pflegefachpersonen in psychiatrischen Kliniken wahrnehmen. Als theoretische Grundlage wurde die «Grounded Theory» eingesetzt. Die Stichprobe bestand aus 11 hospitalisierten Patienten und Patientinnen aus drei psychiatrischen Kliniken in Nordbelgien, die eine suizidale Krise durchlebt hatten. Die in den Kliniken beschäftigten Kontaktpersonen, informierten die Patienten und Patientinnen über die Studie. Diejenigen, die mitmachen wollten und die Voraussetzungen erfüllten, wurden dann per E-Mail oder telefonisch kontaktiert, um einen Interviewtermin zu vereinbaren. Einschlusskriterien für die Teilnahme waren: Alter zwischen 18 und 65 Jahren, Fähigkeit, Niederländisch zu sprechen, Einweisung in eine psychiatrische Klinik und Suizidgefährdung im letzten Jahr.

Pflegefachpersonen mit mindestens fünf Jahren Psychiatrieerfahrung führten in den jeweiligen Institutionen halbstrukturierte Einzelinterviews mit den Teilnehmenden durch. Der Interviewleitfaden wurde auf Grundlage einer explorativen Literaturrecherche und offener Diskussionen mit dem Forschungsteam entwickelt. Die Interviews wurden unter vier Augen in ruhigen Räumen durchgeführt und dauerten durchschnittlich 71 Minuten. Sie wurden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Die Aussagen der Studienteilnehmenden wurden unter Verwendung des Memoschreibens, der Methode des konstanten Vergleichs und der Kodierung analysiert, um Muster und Variationen innerhalb des Datensatzes zu identifizieren und die verschiedenen Bedeutungen zu erfassen und zu strukturieren.

Zentrale Ergebnisse aus den Interviewaussagen werden in den folgenden Abschnitten aufgeführt.

Die Pflegefachpersonen verurteilten die Patienten und Patientinnen nicht, sondern begegneten ihnen mit Respekt und Empathie. Dadurch wurde das Gefühl gefördert, akzeptiert und verstanden zu werden. Einerseits fokussierten die Pflegefachpersonen nicht nur die Probleme, sondern sprachen über alltägliche Themen, machten

Witze, leisteten Gesellschaft bei den Mahlzeiten, dem Fernsehen oder Spaziergängen und zeigten Interesse an den betroffenen Personen. Andererseits wurde angeboten, sich bei Bedarf an die Pflegefachpersonen zu wenden, um über ihre Gedanken sprechen zu können. Weiter wurde durch die Pflegefachperson regelmässig Kontakt aufgenommen, insbesondere dann, wenn die Patienten und Patientinnen sich zurückzogen. Die Pflegefachpersonen luden zum Gespräch ein, indem sie ihr Besorgnis und ihr Verständnis für das Leiden zum Ausdruck brachten. So erhielten Patienten und Patientinnen den Eindruck, dass Pflegefachpersonen sich Zeit nehmen, ihnen zuzuhören und sich um sie zu kümmern. Dies führte zu einem Vertrauensaufbau, welcher den Betroffenen half, ihre Suizidgedanken auszudrücken und gemeinsam Strategien zur Genesung zu erarbeiten. Ebenso stärkte es die Hoffnung, die suizidale Krise überwinden zu können.

Die Betroffenen erlebten ihre suizidalen Krisen als einen Zustand des Chaos, in dem ihr Leben von Unsicherheit und Kontrollverlust bestimmt war. Diese Erfahrungen unterstrich ihr Bedürfnis nach einem Umfeld, in dem sie wieder Stabilität und Sicherheit empfinden konnten. Sie waren der Ansicht, dass ein solches Umfeld eine konsequente pflegerische Betreuung und Unterstützung erfordert.

Das Pflegefachpersonal half ihnen, sich um die eigenen Grundbedürfnisse (zum Beispiel Schlaf und Ernährung) sowie die Medikamenteneinnahme zu kümmern, indem sie die Betroffenen anleiteten und sie in einem weiteren Schritt im Genesungsprozess motivierten, sich selbst darum zu kümmern. Das Erarbeiten einer Tagesstruktur vermittelte zusätzliche Stabilität und Sicherheit.

Pflegefachpersonen führten Sicherheitsmassnahmen durch, wie zum Beispiel Freiheitseinschränkungen, indem sie die Fenster und Türen abschlossen. Die Patienten und Patientinnen hatten gemischte Gefühle gegenüber diesen Massnahmen. Pflegefachpersonen klärten sie über die Notwendigkeit auf, um die Patientinnen und Patienten vor gefährlichen Reaktionen wie Weglaufen und dem Gebrauch von schädlichen Gegenständen zu schützen. Durch eine Vertrauensbasis und die transparente Darstellung der Sicherheitsmassnahmen, nahmen die betroffenen Personen diese als Unterstützung und Möglichkeit zur besseren Kontrolle wahr.

Einige Patienten und Patientinnen führten regelmässige Gespräche mit dem Pflegefachpersonal, in denen sie lernten, ihre Suizidgedanken zu erkennen und zu

reflektieren. Die direkte Art der Pflegefachpersonen, über das Thema Suizid zu sprechen und Fragen zu stellen, empfanden die Betroffenen entlastend. Der Suizid wurde damit enttabuisiert. Auch half ihnen die Offenheit der Pflegefachpersonen, ihr Bewusstsein für die Krisensituation zu erweitern, ihre Gedanken zu ordnen und Gefühle zu klären. Mit der Zeit halfen ihnen diese neuen Einsichten, ihre Emotionen zu regulieren.

Darüber hinaus erstellten die Pflegefachpersonen gemeinsam mit den Betroffenen einen Kriseninterventionsplan. Durch die Entwicklung von persönlichen Fähigkeiten und die Nutzung von Ressourcen, konnten individuelle Bewältigungsstrategien gefunden werden. Zum Beispiel kann die Ressource in Form eines Tagebuches genutzt werden, um eigenen Gefühle festzuhalten.

Weiter hielten die Patienten und Patientinnen den Einbezug ihrer Angehörigen für wichtig, vor allem, weil dies ein gemeinsames Verständnis für ihre Schwierigkeiten erschuf und eine verbesserte Betreuung und Unterstützung im Alltag und Zuhause ermöglichte.

Insgesamt zeigte die Studie von Vandewalle et al. (2021), dass die betroffenen Personen durch zwischenmenschliches Engagement seitens der Pflegefachpersonen Vertrauen aufbauen konnten und sich somit umsorgt und sicher fühlten. Dadurch erhielten die Patienten und Patientinnen mehr Hoffnung, ihre suizidale Krise überwinden zu können.

Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985)

Glaubwürdigkeit: Es wurden Negativfälle untersucht, um alternative Erklärungen in Betracht zu ziehen. Weiter fanden Investigator-Triangulationen statt, indem die Forschenden und zwei weitere Autoren und Autorinnen die Transkripte der Interviews lasen, Memos hinzufügten und Interpretationen diskutierten. Es fanden jedoch weder Methoden- noch Daten-Triangulationen statt.

Übertragbarkeit: Es werden plausible und passende Zitate verwendet. Dadurch lassen sich die Sachverhalte für die weitere Erforschung des Themas nutzen. Jedoch wurden die Ergebnisse in einem Kontext erzielt, wo Menschen in einer suizidalen Krise psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen können. Die Übertragbarkeit

auf Ländern, in welchen diese Möglichkeiten nicht bestehen, ist somit nicht gegeben. Weiter wurden nur niederländisch sprechende Teilnehmende miteinbezogen. Interkulturelle Vergleiche fanden nicht statt.

Zuverlässigkeit: Die Konzepte und Prozesse wurden schrittweise in Kategorien gebündelt. Ebenso wurde die Datenanalyse regelmässig reflektiert, was die Zuverlässigkeit stärkt.

Bestätigung: Die Transkripte der Interviews wurden von zwei externen Personen durchgelesen. Weiter diskutierten diese während der analytischen Prozesse regelmässig mit den Forschenden. Dies stärkt die Bestätigung.

4 Diskussion

In dieser Arbeit wurde systematisiert nach wissenschaftlicher Literatur gesucht, um pflegerische Interventionen zu finden, die Menschen nach einem Suizidversuch im Spital unterstützen. Nachdem die einzelnen Studien im Detail gewürdigt wurden, werden in diesem Kapitel zur Beantwortung der Fragestellung die wichtigsten Ergebnisse der gefundenen Studien kritisch einander gegenübergestellt, interpretiert und mit bestehender Literatur diskutiert. Die Resultate der recherchierten Studien wurden in drei Interventionskategorien – haltungsorientierte, konzeptorientierte und weiterbildende Intervention – geordnet, um sie besser vergleichen zu können.

4.1 Haltungsorientierte Interventionen

Aus den Studien Vandewalle et al. (2021), Heidari et al. (2019) und Sun und Long (2013) resultieren haltungsorientierte Interventionen für die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patienten und Patientinnen. In der Studie von Vandewalle et al. (2021) wurden Patienten und Patientinnen befragt, wie sie in suizidalen Krisen ihre Beziehung zu Pflegefachpersonen in psychiatrischen Abteilungen wahrnehmen. Bei den Ergebnissen dieser Studie muss berücksichtigt werden, dass unklar ist, wie viele Personen der Stichprobe effektiv einen Suizidversuch begangen haben. Unter Annahme, dass Personen nach einem Suizidversuch in einer suizidalen Krise sind, lassen sich die beschriebenen Massnahmen auf die Fragestellung übertragen. Vandewalle et al. (2021) beschreiben pflegerisches Engagement und Empathie als grundlegende Haltung für den Vertrauensaufbau. Ein echtes Interesse an der Situation der Patienten und Patientinnen und eine empathische Haltung, fördern den Beziehungsaufbau. Diese Erkenntnisse werden durch das Pflegemodell von Peplau (1997) gestützt.

Professionelle Fürsorge, Anteilnahme, Empathie und Vertrauen sind Grundhaltungen aller Pflegefachpersonen (Schmid Büchi, 2001). Deshalb ist der Einfluss der inneren Einstellung der Pflegefachpersonen auf alle Settings übertragbar. Die Realität zeigt, dass ein echtes Interesse seitens der Pflegefachperson an Stellenwert verliert, wenn andere Pflegetätigkeiten des akutsomatischen Settings im Vordergrund stehen oder ein erhöhter Zeitdruck dies erschwert.

Regelmässige Gespräche, Tagesstruktur und freiheitseinschränkende Sicherheitsmassnahmen vermitteln Sicherheit und Stabilität (Vandewalle et al. 2021). Aufgrund des im akutsomatischen Pflegealltag oft vorherrschenden Zeit- und/oder Personal mangels, sind regelmässige therapeutische Gespräche in Realität nicht immer gewährleistet. Vor allem kommen sie im Gegensatz zum psychiatrischen Setting häufig zu kurz.

In der Studie von Heidari et al. (2019), konnte mit Hilfe eines Seelsorgeprogramms der Hoffnungslosigkeit und Depression bei Menschen nach einem Suizidversuch entgegengewirkt werden. Durch den individuellen Einbezug von Religion und Spiritualität, kann die Hoffnung gestärkt werden die suizidale Krise zu bewältigen. Dies stützt die Erkenntnisse von Vandewalle et al. (2021) zur Stärkung der Hoffnung im Genesungsprozess. Kritisch anzumerken ist, dass die Therapiesitzungen von Psychiater/-innen durchgeführt und durch Seelsorger/-innen begleitet wurden. Somit ist die Übertragbarkeit auf Pflegefachpersonen unklar. Die Inhalte der Broschüre, die an die Teilnehmenden der Interventionsgruppe abgegeben wurde, orientierten sich am islamischen Glauben. Um die Übertragbarkeit auf andere Glaubensrichtungen oder Personen ohne Konfession zu gewährleisten, müssten die Massnahmen womöglich angepasst werden.

In der Studie von Sun und Long (2013) wurde ein Leitfaden für Pflegefachpersonen entwickelt, um Menschen nach einem Suizidversuch in ihrer Heilungsphase zu unterstützen. Die Theorie stützt die Erkenntnis, dass der Einbezug des sozialen Umfeldes eine zusätzliche Ressource darstellt. An dieser Stelle ist hinzuzufügen, dass sich Angehörigenedukation positiv auf die Patienten und Patientinnen auswirkt, weil dadurch die Angehörigen mit der Situation besser umgehen können (Sun et al., 2014). So wird dem Wunsch der Patienten und Patientinnen – nicht verurteilt zu werden – nachgegangen.

Ein weiteres Ergebnis ist die Wichtigkeit einer vertrauten und stressarmen Umgebung (Sun & Long, 2013). Dies widerspricht der Praxis: Im akutsomatischen Setting sind hektische Situationen vorherrschend, die die Umsetzung dieses Ergebnisses erschweren.

Eine weitere Erkenntnis ist, das Aufarbeiten der auslösenden Faktoren eines Suizidversuches. Dies ist Inhalt einer psychologischen Therapie, die über mehrere Monate ambulant oder stationär erfolgt. Es ist wichtig, gemeinsam mit den Patienten und Patientinnen konstruktive Copingstrategien zu erarbeiten, um Spannungszuständen bei belastenden Situationen abbauen zu können (Sun & Long, 2013; Vandewalle et al., 2021). Jedoch wird in allen Studien nicht beschrieben, wie die genaue Vorgehensweise ist, um Copingstrategien zu finden und das Bewältigungsverhalten zu ändern.

4.2 Konzeptorientierte Interventionen

In den Studien von Gysin-Maillart et al. (2016) und O'Conner et al. (2015) werden verschiedene Kurzinterventionen als Ergänzung zur üblichen Behandlung von Patienten und Patientinnen nach einem Suizidversuch im Spital angewendet. Der Inhalt der üblichen Behandlungen, wird in beiden Studien nicht genauer beschrieben. Bestandteil beider Interventionen ist das Aufarbeiten der Faktoren, die zum Suizid geführt haben. In beiden Interventionsprogrammen wurden zudem Kriseninterventionspläne mit Sicherheitsstrategien ausgearbeitet. Auf einer Pocket-card beziehungsweise einem Faltblatt wurden diese festgehalten und dienen in Krisensituationen als Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen.

Während bei Gysin-Maillart et al. (2016) die Therapieinhalte und Herleitungen zu diesen Sicherheitsstrategien strukturiert beschrieben werden, bleibt bei O'Conner et al. (2015) der Therapieinhalt teilweise offen. Der von O'Conner et al. (2015) genutzte – lehrbare Moment – geht davon aus, dass Patienten und Patientinnen in der Phase, direkt nach einem Suizidversuch genügend Motivation aufweisen, ihr Leben positiv ändern zu wollen. Dies wird in der verhaltensmedizinischen Forschung anhand des Sentinel-Effekts (dem lehrbaren Moment) belegt: Patienten und Patientinnen zeigen eine grössere Offenheit für neue Informationen und eine höhere Motivation, um unwirksames Gesundheitsverhalten zu reduzieren (Boudreaux et al., 2012).

Der – lehrbare Moment – wird ohne explizite Erwähnung in Gysin-Maillart et al. (2016) genutzt, indem die Intervention zeitnahe zum Suizidversuch durchgeführt wird. Somit wird auch mit dieser Studie die Wirksamkeit des Einsatzes des - lehrbaren Momentes - gestützt.

Die beiden Kurzintervention werden auf akutsomatischen Stationen zusätzlich durch Psychologen und Psychologinnen und Psychiater/-innen durchgeführt. Fraglich ist, welche Inhalte in die pflegerische Tätigkeit integriert werden können.

4.3 Weiterbildende Interventionen

In den Studien von Solin et al. (2021) und Sun et al. (2014) zeigte sich die Notwendigkeit von Weiterbildungs- und Schulungsprogrammen für die Suizidprävention. Einerseits erhöhen Schulungen das Selbstvertrauen bei Gesundheitsfachpersonen (Solin et al., 2021) und andererseits verbessern Interventionen für pflegende Angehörige deren Einstellung gegenüber den suizidgefährdeten Personen positiv (Sun et al., 2014). Die Literatur stützt die Erkenntnisse, dass durch Suizidpräventionstraining zum einen die Einstellung gegenüber dem Suizid verbessert wird (Ramberg et al., 2016). Zum anderen wird auch das Selbstvertrauen gestärkt und die Fähigkeit verbessert, auf Personen mit suizidalen Absichten zu reagieren (Chan et al., 2008).

Schulungen sind mit einem Zeitaufwand für die Teilnehmenden verbunden. Dabei sollte nicht Ausser-Acht gelassen werden, dass Zeit im akutsomatischen Setting und im Leben der Angehörigen eine knappe Ressource sein kann und das Durchführen von zeitaufwändigen Weiterbildungen erschwert (Ihalainen-Tamlander et al., 2016).

Zusammen mit Pashak et al. (2022), erkennen Solin et al. (2021) und Sun et al. (2014), dass kurze Suizidpräventionsprogramme zu keiner effektiven Reduktion von Suizidversuchen führen müssen. Es kann jedoch helfen das Verständnis für das Erleben der Patienten und Patientinnen in einer suizidalen Krise zu fördern, was wiederum in der Interaktion mit ihnen hilfreich sein kann. Diese Erkenntnisse stimmen mit Vandewalle et al. (2021) überein.

4.4 Beantwortung der Fragestellung

Mit der durchgeführten Recherche kann die Fragestellung: «Welche pflegerischen Interventionen zur Unterstützung von Menschen nach einem Suizidversuch, im akutsomatischen Setting werden in der Literatur beschrieben?» teilweise beantwortet werden, was im Folgenden ausgeführt wird.

Grundlegend in der Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch, ist ein wahrhaftiges Interesse an der Situation der Patienten und Patientinnen und eine wertschätzende, fürsorgliche und nicht verurteilende Haltung, um den Vertrauensaufbau zu ermöglichen. Pflegefachpersonen können regelmässige Gespräche anbieten, für eine angepasste Tagesstruktur sorgen und somit Sicherheit und Stabilität vermitteln. Zur pflegerischen Tätigkeit gehört ebenso der Miteinbezug des sozialen Umfeldes der Patienten und Patientinnen. Weiter kann Religion und Spiritualität als Ressource für Hoffnung und somit als Bewältigungsstrategie eingesetzt werden. Diese sich aus den Haltungen ergebenden pflegerischen Interventionen können von Pflegefachpersonen im Akutalltag implementiert werden.

Die konzeptorientierten Interventionen können als Kurztherapie bei hospitalisierten Patienten und Patientinnen im akutsomatischen Setting durchgeführt werden. Dabei bleibt aber der pflegerische Anteil der Kurztherapie unklar.

Die weiterbildenden Interventionen zeigen auf, dass Pflegefachpersonen durch Schulungen, Sicherheit im Umgang und Betreuung zu suizidalen Patienten und Patientinnen erlangen. Zur pflegerischen Tätigkeit im stationären Setting gehört, der Miteinbezug des sozialen Umfeldes. Durch Edukation der Angehörigen wird ihre Einstellung gegenüber den suizidgefährdeten Personen verbessert.

Die Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch im akutsomatischen Setting wird durch die Gesundheitsfachpersonen als schwierig erlebt (Foye et al., 2020). Die haltungs- und konzeptorientierten und weiterbildenden Interventionen zeigen ergänzende Massnahmen, die von Pflegefachpersonen im Spital in der Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch angewendet werden können.

5 Theorie-Praxistransfer

Nachfolgend wird der Praxistransfer unter Berücksichtigung des Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) hergestellt. Dieses Modell beschreibt vier Säulen der Evidenz: Expertise des Pflegefachpersonals, Ziele, Vorstellungen und Wünsche der Patienten und Patientinnen sowie die Ressourcen der Umgebung und die Ergebnisse der Forschung. Diese vier Teilbereiche sind wichtig bei der Entscheidungsfindung von pflegerischen Interventionen zur Unterstützung von Menschen nach einem Suizidversuch und werden in den weiteren Abschnitten beschrieben.

5.1 Expertise des Pflegefachpersonals

Eine dieser Säulen bezieht sich auf das klinische Erfahrungswissen des Pflegefachpersonals und welche Rolle dieses in der Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch im Spital einnimmt.

5.1.1 Rolle der Pflege

Die Aufgabe einer Pflegefachperson besteht darin, Menschen nach einem Suizidversuch ganzheitlich zu betreuen. Im akutsomatischen Setting stehen die körperlichen Verletzungen im Vordergrund. Körper und die Psyche sind voneinander abhängig und beeinflussen sich gegenseitig (Tuch, 2018). Patienten und Patientinnen können während der Hospitalisierung nach einem Suizidversuch nicht nur körperlich, sondern auch psychisch verletzt sein. Die mögliche psychische Krise sollte in der Betreuung berücksichtigt werden.

Aufgabe von Pflegefachpersonen ist auch die Planung anwendbarer pflegerischer Interventionen für eine ganzheitliche Pflege. Dabei wird auf die körperlichen, sozialen und psychischen Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen eingegangen, was sich präventiv auf weitere Suizidversuche auswirken kann. Das Wohlbefinden wird gesteigert und der Einbezug in den Behandlungsprozess hat einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und somit auch auf den Gesundheitszustand der Patienten und Patientinnen (Romeyke & Stummer, 2013).

5.1.2 Haltung der Pflegefachperson

Die Haltung der Pflegefachperson gegenüber Menschen nach einem Suizidversuch prägt das Wohlbefinden dieser massgeblich und bildet ein Teilbereich der Expertise des Pflegefachpersonals. Die Literatur weist darauf hin, dass Pflegende vor allem im akutsomatischen Setting über zu wenig Ausbildung und Erfahrung verfügen, sich daher unsicher im Umgang mit dieser Population fühlen und aus Angst, die Thematik des Suizides nicht offen ansprechen. Bei den Betroffenen entsteht dadurch das Gefühl von Stigmatisierung und Verurteilung. (Ihalainen-Tamlander et al., 2016)

Schulungen von Pflegefachpersonen dienen dazu, die Bedürfnisse von Menschen nach einem Suizidversuch aufzuzeigen und das Verständnis und die Kompetenz der Pflegenden zu erhöhen. Die Grundhaltung aller Pflegefachpersonen, die aus professioneller Fürsorge, Empathie, Anteilnahme und Vertrauen besteht, stellt die Basis für eine wertschätzende Haltung dar (Schmid Büchi, 2001). Somit tragen Schulungen dazu bei, den Pflegenden die Wichtigkeit ihrer Grundhaltung aufzuzeigen und die Angst zu nehmen, etwas Falsches zu sagen.

Die Erfahrungen in der Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch stärken und erweitern die Expertise der Pflegefachpersonen. Damit dies möglich wird, ist das Schaffen einer stressfreien Umgebung für Patienten und Patientinnen durch die Pflegefachpersonen wichtig. Dies wird erreicht, indem das Auslösen von individuellen Stressoren, beispielsweise durch fehlende Privatsphäre, verhindert wird.

Die Realität zeigt, dass der hohe Pflegeaufwand und die knappen Zeitressourcen im Pflegealltag häufig zu Stress führen. Mögliche Lösungsansätze sind, vor dem Betreten des Patientenzimmers kurz tief ein- und auszuatmen oder bis auf zehn zu zählen. Durch das Innehalten wird ein Unterbruch im hektischen Alltag und eine Art «Reset» geschaffen. So werden Gefühle der Pflegefachperson aus einer vorangegangenen Situation weniger übertragen. Bringt diese Trennung von den verschiedenen Situationen nicht den gewünschten Effekt, muss gegenüber den Patienten und Patientinnen klar kommuniziert werden, dass verschiebbare Tätigkeiten zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt werden. Wenn das Bedürfnis nach einem längeren Gespräch von Patientinnen und Patienten aufgrund zu wenig Zeit von den Pflegefachpersonen nicht erfüllt werden kann, können externe Stellen dieses Bedürfnis befriedigen. Beispielsweise können unter Zeitdruck stehende Pflegefachpersonen diesen

Patientinnen und Patienten die Telefonnummer der Dargebotenen Hand abgeben (Dargebotene Hand Schweiz, 2011). Diese Institution steht der gesamten Schweizer Bevölkerung zur Verfügung und kann ebenfalls von hospitalisierten Patienten und Patientinnen genutzt werden.

5.1.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ebenfalls ein Teilgebiet, dass die Expertise des Pflegefachpersonals bereichert. Die Pflege ist ein Teil des gesamten Gesundheitssystems und agiert immer im Kontext mit anderen Professionen. Erfahrungsgemäss befindet sich in den Schweizer Spitälern auf akutsomatischen Abteilungen kein interner psychologischer Dienst. Derzeit wird in den Schweizer Spitälern bei suizidalen Patientinnen und Patienten durch ein Konsilium des behandelnden Ärzteteams ein Psychiater oder eine Psychiaterin angeordnet. Die psychiatrische Fachperson sucht dann die Station auf und visitiert die betroffene Person, auf der stationären Abteilung, um eine akute Suizidalität einzuschätzen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise abzugeben (Kapfhammer, 2017).

Anschliessend findet ein interprofessioneller Austausch statt, um die Expertise der verschiedenen Professionen in die Entscheidungsfindung über passende Interventionen von betroffenen Menschen einfließen zu lassen. Weiterführend kann der Einbezug von Seelsorger/-innen genutzt werden, um den Glauben, die Religion und Spiritualität für den Genesungsprozess einzusetzen (Heidari et al., 2019).

Ein interner psychologischer Dienst wäre bei der Behandlung von suizidalen Patienten und Patientinnen von Vorteil: Die Langzeitbehandlung von suizidalen Patienten und Patientinnen besteht aus einer Kriseninterventionstherapie, die sich nur teilweise im Kompetenzbereich der Pflege befindet. Erfahrungsgemäss werden Bewältigungsstrategien innerhalb der Therapie durch Psychologen und Psychologinnen und Psychiater/-innen in verschiedenen Schritten gemeinsam mit den Patienten und Patientinnen erarbeitet. Diese Bewältigungsstrategien werden dann wie bereits erwähnt auf Pocket-cards festgehalten und sind für die betroffenen Menschen immer zugänglich (Möller et al., 2015). Falls diese während der Hospitalisierung nach dem Suizidversuch vorhanden sind, können Pflegefachpersonen die Patienten und Patientinnen an ihre Copingstrategien auf den Pocket-cards erinnern und sie bei der Durchführung oder Umsetzung unterstützen. Wenn noch keine Bewältigungsstrategien erarbeitet

wurden, kann dies innerhalb der Kurztherapieprogrammen ASSIP und TMBI (Gysin-Maillart et al., 2016; O'Connor et al., 2015) im akutsomatischen Setting stattfinden und als Therapieansatz genutzt werden. Eine Langzeitpsychotherapie nach dem Spitalaufenthalt kann damit aber nicht ersetzt werden.

5.2 Ziele, Vorstellungen und Wünsche der Patienten und Patientinnen

In dieser Säule werden die Erfahrungen und Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen nach einem Suizidversuch im akutsomatischen Setting aufgezeigt.

Durch subjektive Äusserungen von Patienten und Patientinnen zur bisherigen Betreuung ihrer suizidalen Krise, können Pflegefachpersonen wichtige Aspekte gewinnen, um die weitere Betreuung zu verbessern. So beschreiben Gysin-Maillart et al. (2016) Patienten und Patientinnen als Experten und Expertinnen ihrer eigenen Erkrankung oder Leidensgeschichte. Die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch müssen genau so geachtet werden, wie von jeder anderen Person. Dabei kann die Haltung der Pflegefachpersonen (siehe Kapitel 5.1.2) hilfreich sein.

Nach einem Suizidversuch kann der – lehrbare Moment – von Pflegefachpersonen genutzt werden, um den Wunsch der betroffenen Personen nach einem besseren Leben oder zur Bewältigung ihrer suizidalen Krise zu stärken (O'Connor et al., 2015). Durch Miteinbezug der Patienten und Patientinnen in den Pflegeprozess, können individuelle Wünsche berücksichtigt und Behandlungsziele festgelegt werden.

Ein weiteres Anliegen von Menschen nach einem Suizidversuch ist es, von ihren Mitmenschen nicht verurteilt zu werden (Vandewalle et al., 2021). Solin et al. (2021) und Sun et al. (2014) zeigen auf, dass Wissenserweiterungen durch Schulungen den Pflegefachpersonen helfen, Stigmas abzubauen. Weiter kann durch Gespräche über alltägliche Themen, ein Gefühl von echtem Interesse vermittelt werden (Vandewalle et al., 2021). Diese Massnahmen sind mit gewissen Anpassungen auch im akutsomatischen Setting umsetzbar. So kann im Akutalltag nur sehr schwer beim Essen oder Fernsehen Gesellschaft geleistet werden, da die Strukturen nicht auf die Begleitung von solchen Aktivitäten ausgerichtet sind. Im Gegensatz zu Psychiatrien, wo Mahlzeiten oft in Gemeinschaftsräumen eingenommen werden, wird im Spital

normalerweise (alleine) im Patientenzimmer gegessen. Wenn Menschen nach einem Suizidversuch jedoch in einem Zweitbettzimmer hospitalisiert sind, kann die Pflegefachperson unterstützend wirken und die Personen einander vorstellen. Bei beidseitigem Einverständnis können beide Parteien zusammen am Tisch im Zimmer, die Mahlzeiten einnehmen.

Um die individuellen Wünsche und Bedürfnisse sowie Ziele der Patienten und Patientinnen zu erfahren, sind ausführliche Anamnesegespräche nötig. So können die Pflegeinterventionen individualisiert angepasst werden, was zum Erfolg dieser beiträgt.

5.3 Ressourcen der Umgebung

Diese Säule befasst sich mit den nötigen Ressourcen auf dem akutsomatischen Setting, um pflegerische Interventionen zum psychischen Leiden implementieren zu können.

5.3.1 Finanzielle und materielle Ressourcen

In den meisten Schweizer Spitälern sind finanzielle und die damit verbundenen materiellen Ressourcen knapp. Im akutsomatischen Setting stellen Menschen mit psychischen Komorbiditäten im Vergleich zu Menschen ohne, eine grössere finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem dar: Menschen in einer psychischen Krise haben eine längere Spitalaufenthaltsdauer, höhere Rehospitalisierungs- und Mortalitätsraten und einen höheren ökonomischen Ressourcenaufwand (Tuch, 2018). Daher ist es wichtig, kostengünstige Pflegeinterventionen einzuleiten, die langfristige Kosten senken. Die Spitalaufenthaltsdauer kann durch das Eingehen des psychischen Leidens von Patienten und Patientinnen verkürzt werden. Präventive Interventionen, wie zum Beispiel die Stärkung des Selbstwertgefühls, können eine Wiedereinweisung durch erneute Suizidversuche verhindern. Die ausgewählten Studien zeigen mehrheitlich kostengünstige Interventionen auf, welche die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Patienten und Patientinnen nach einem Suizidversuch senken. So könnten die Kurzinterventionsprogramme ASSIP und TMBI (Gysin-Maillart et al., 2016; O'Connor et al., 2015) in den akutsomatischen Abteilungen implementiert werden, um die Suizidrate zu senken. Das Seelsorgeprogramm von Heidari et al. (2019)

könnte an die jeweilige Glaubensrichtung beziehungsweise Einstellung zur Spiritualität angepasst und in den Akutalltag eingebaut werden. Es müssten strukturelle Ressourcen, wie beispielsweise ruhige und passende Räumlichkeiten, zur Durchführung der Interventionen ausgebaut werden. Dadurch würden die Kosten von Patientinnen und Patienten mit psychischen Komorbiditäten mit hoher Wahrscheinlichkeit reduziert werden.

5.3.2 Wissen: Aus- und Weiterbildung

Das Aneignen von Wissen und die Stärkung der eigenen Kompetenzen als Pflegefachperson im Umgang mit psychischen Problematiken, kann als wichtige Ressource im Spital genutzt werden. Regelmässige Schulungen für das Gesundheitspersonal benötigen jedoch Zeit, die im Pflegealltag knapp ist. Solin et al. (2021) zeigen, dass bereits eine dreistündige Schulung einen positiven Effekt hat. Alternativ dazu könnten in Form von zirka 30-minütigen Kurzschulungen, im Rahmen einer Teambesprechung, ganze Teams angesprochen werden. Wissen könnte ausserdem in Online-Schulungen vermittelt werden, die jede Person im eigenen Lerntempo und zeitunabhängig wahrnehmen kann.

Die beschriebenen Interventionsprogramme ASSIP und TMBI von Gysin-Maillart et al. (2016) und O'Conner et al. (2015) werden hauptsächlich von Psychiater/-innen oder Psychologen und Psychologinnen durchgeführt. Die meisten Inhalte der Therapie liegen nicht im pflegerischen Tätigkeitsbereich. Beispielsweise das Erarbeiten von Copingstrategien kann aber dennoch gemeinsam mit den Patienten und Patientinnen nach einem entsprechenden Wissenserwerb von Pflegefachpersonen durchgeführt werden.

In psychiatrischen Thematiken erfahrene Pflegefachpersonen könnten sich in Form von sogenannten Liaison-Angeboten, um die Patienten und Patientinnen im medizinischen Umfeld kümmern. Einerseits können sie in Einzelfällen eine Beratungsfunktion einnehmen, andererseits aber auch das Personal im Akutspital zu bestimmten Themen schulen. (Kapfhammer, 2017)

Weiter gibt es in einigen Ländern bereits Abteilungen im Akutspital, die auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychiatrischen Komorbiditäten ausgerichtet sind. Durch die Kombination von Pflegefachpersonen mit vertieftem Wissen im psychiatrischen beziehungsweise somatischen Fachbereich, können die Patienten und Patientinnen nach einem Suizidversuch ganzheitlich betreut werden, was den Genesungsprozess positiv unterstützt. (Dekker et al., 2020)

Nach der Stabilisierung der akutsomatischen Verletzung, werden die Patienten und Patientinnen weiter in eine Institution verwiesen oder nach Hause entlassen. Besonders beim Austritt nach Hause sind die Angehörigen gefordert (Sun et al., 2014). Da suizidale Menschen in einem ersten Schritt häufig ihre Angehörigen kontaktieren und diese meist Laien sind, ist deren psychosoziale Aufklärung besonders wichtig. Die Angehörigen können auf suizidale Äusserungen und Verhaltensweisen dank erlerntem Wissen adäquat reagieren und dadurch weitere Suizidversuche verhindern.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist unabdingbar und kann für die Wissensaneignung eine grosse Ressource sein (siehe Kapitel 5.1.3). Das erworbene Wissen, sollte zudem evidenzbasiert sein und ist somit von der Forschung abhängig.

Die Forschung bildet die vierte Säule dieses Modells und wird im nächsten Abschnitt erläutert.

5.4 Forschung

Die letzte Säule befasst sich mit der evidenzbasierten Forschung von pflegerischen Interventionen für Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital.

Die für diese Arbeit durchgeführte systematisierte Literaturrecherche zeigt einen Forschungsmangel im akutsomatischen Setting auf. Dieser Mangel an Literatur könnte dadurch erklärt werden, dass der Suizid oder Suizidversuche weiterhin ein Tabuthema in unserer Gesellschaft sind und sich betroffene Menschen nicht für Forschung und Datenerhebungen zu Verfügung stellen wollen (Oexle et al., 2017). Weiter ist die Population von Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital kleiner als diese im psychiatrischen oder psychosozialen ambulanten Setting. Dies

erschwert die Rekrutierung von Teilnehmenden und somit die Durchführbarkeit einer Studie.

In der Schweiz gibt es erst seit 2017 Daten zur Prävalenz von Suizidversuchen. Diese Erhebung stellt einen ersten Ansatz für weitere Forschung in diesem Bereich dar. Weiter wurde in der Vergangenheit ein grosses Augenmerk auf die Suizidprävention gelegt (Peter & Tuch, 2019). Dennoch zeigt die Literaturrecherche, dass Interventionen, die nach einem Suizidversuch angewendet werden können, noch immer zu wenig untersucht und erforscht sind.

6 Schlussfolgerung

Im schweizerischen Gesundheitswesen mangelt es an Angeboten, die psychiatrische und somatische Angebote kombinieren. Eine ganzheitliche Betreuung, die den pflegerischen Bedarf der Patienten und Patientinnen unabhängig des Settings anstrebt, wäre wünschenswert. Die hier vorliegende Arbeit erlangt zur Schlussfolgerung, dass dies durch eine interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit erreicht werden kann. In Form von Konsilien sind im Spital bereits Ansätze dazu vorhanden. Liaison-Konzepte auf Ebene der Pflege sollten jedoch weiter ausgebaut und implementiert werden. Weiter könnte durch frühzeitiger Miteinbezug von ambulanten Diensten im Spital, ein fließender Übergang ins häusliche Umfeld oder andere Institutionen geschaffen werden. Beispielsweise könnten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bereits im Akutspital mit einer Psychotherapie beginnen und diese nach dem Aus- oder Übertritt weiterführen.

Die Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit bringt weitere Vorteile. Dadurch wird ermöglicht, standardisierte Richtlinien und Konzepte für den Umgang mit Menschen nach einem Suizidversuch im Akutspital zu erarbeiten. Besonders Pflegefachpersonen mit wenig Erfahrung können von solchen Standards profitieren, in dem sie eine Handlungsanweisung und wichtige Informationen zum Umgang erhalten und dadurch an Sicherheit gewinnen. Weiter würde ein Pflegestandard die Koordination und Kommunikation untereinander erleichtern. Durch einen standardisierten Handlungsleitfaden könnte die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen mit dem interprofessionellen Team gesteigert werden.

Insbesondere im akutsomatischen Bereich mangelt es den Pflegefachpersonen an Wissen und Erfahrung im Umgang mit Menschen nach einem Suizidversuch. Die für diese Arbeit durchgeführte systematisierte Literaturrecherche zeigt aber auf: Es gibt vielfältige Möglichkeiten für spezifische Interventionen. Als Basis für eine wertschätzenden Pflege, sollten sich Pflegefachpersonen auf ihre Grundhaltung besinnen und eine direkte und ehrliche Kommunikation mit allen Menschen pflegen. Dies beinhaltet ebenfalls das direkte Ansprechen von Suizidalität.

Das Ablegen von Stigmata und Vorurteilen könnte erreicht werden, in dem Menschen die einen Suizidversuch erlebt haben, dem Pflegefachpersonal erzählen, was ihren Genesungsprozess gefördert und was ihn gehindert hat. In Form von kurzen, praxisorientierten Fortbildungen, könnten sie ihre Erfahrungen mit den Pflegefachpersonen teilen und Inputs geben.

Da es an Forschung zu pflegerischen Interventionen bei Menschen nach einem Suizidversuch, insbesondere im akutsomatischen Setting mangelt und die Suizidversuchsrate weiter steigt, ist weitere Forschung zur Thematik nötig. Dadurch könnten weitere evidenzbasierte Interventionen gefunden werden, die im System des Akutspitals implementierbar wären. Um die Pflegefachpersonen nicht zu überfordern, sollte einerseits der Fokus der Forschung dabei auf kostengünstigen Interventionen liegen, die auch mit wenig Erfahrung mit psychiatrischen Thematiken ausgeübt werden können. Andererseits würde mehr Forschung in diesem Bereich die Falsifizierung von bereits etablierten Interventionen ermöglichen.

7 Limitationen

Wie im Kapitel Beantwortung der Fragestellung (siehe Kapitel 4.4) dargelegt, können durch die in dieser Bachelorarbeit beschriebenen diversen Pflegeinterventionen die Menschen nach einem Suizidversuch im akutsomatischen Setting auf vielfältige Weise unterstützt werden. Gleichwohl verlangt die Interpretation der Ergebnisse eine gewisse Vorsicht. Die Gründe dafür werden nachfolgenden dargelegt.

Für die Arbeit wurden einerseits in der Literatur beschriebene evidenzbasierte Interventionen aus anderen Settings, wie zum Beispiel der Psychiatrie, transferiert. Diese Interventionen müssen jedoch zuerst im akutsomatischen Setting erprobt und evaluiert werden. Andererseits könnten Interventionen von anderen Professionen wie zum Beispiel Psychologen und Psychologinnen, durch einen Kompetenzerwerb von Pflegefachpersonen durchgeführt werden. Diese benötigen ebenfalls zuerst eine Erprobung und Evaluation. Inwieweit die Übertragbarkeit gegeben ist, kann durch diese Arbeit nicht bestimmt werden.

Weiter ist zu beachten, dass eine systematisierte und keine systematische Literaturrecherche durchgeführt wurde. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass für die Fragestellung relevante Studien nicht erkannt und somit nicht miteinbezogen wurden. Da die Literaturrecherche im Zeitraum vom August 2021 bis Januar 2022 durchgeführt wurde, ist danach publizierte Literatur nicht Teil dieser Arbeit.

Abschliessend ist festzuhalten, dass ausschliesslich Studien miteinbezogen wurden, die in englischer oder deutscher Sprache verfasst sind. Somit ist nicht ausgeschlossen, dass relevante wissenschaftliche Literatur nicht erkannt wurde. Es wird angenommen, dass noch weitere, hier nicht diskutierte Interventionen existieren, die Menschen nach einem Suizidversuch unterstützen könnten. (Schmid Büchi, 2001)

Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C., & Kozel, B. (2011). Suizidalität. In D. Sauter (Hrsg.), *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3. Aufl., S. 1025-1038). Huber.
- Bantjes, J., Nel, A., Louw, K.-A., Frenkel, L., Benjamin, E., & Lewis, I. (2017). 'This place is making me more depressed': The organisation of care for suicide attempters in a South African hospital. *Journal of Health Psychology, 22*(11), 1434–1446. <https://doi.org/10.1177/1359105316628744>
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie* (1. Aufl.). Urban & Fischer
- Berg, S. H., Rørtveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: A systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research, 17*(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2023-8>
- Berger, M., & Hecht, H. (2004). *Berger Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie unter systematischer Berücksichtigung von Übersichtsarbeiten der Cochrane-Collaboration und des Centre for Reviews and Dissemination* (2. Aufl.). Urban & Fischer.
- Boudreaux, E. D., Bock, B., & O'Hea, E. (2012). When an Event Sparks Behavior Change: An Introduction to the Sentinel Event Method of Dynamic Model Building and Its Application to Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine, 19*(3), 329–335. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2012.01291.x>
- Bundesamt für Gesundheit. (2016a). *Suizidalität*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/suizidalitaet.html>

Bundesamt für Gesundheit. (2016b). *Postulatsbericht: Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz*. Schweizerische Eidgenossenschaft.

Bundesamt für Gesundheit. (2019, Juni 12). *Wie es zu Suiziden kommt*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizide-und-suizidversuche/wie-es-zu-suiziden-kommt.html>

Bundesamt für Gesundheit. (2022, März 17). *Hintergrundinformationen zu Suiziden*

und Suizidversuchen. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizide-und-suizidversuche.html>

Burdo-Hartman, W. A., & Patel, D. R. (2008). Medical Home and Transition Planning for Children and Youth with Special Health Care Needs. *Pediatric Clinics of North America*, 55(6), 1287–1297. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2008.09.004>

Burns, N., Grove, S. K., & Burns, N. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden* (1. Aufl.). Elsevier, Urban & Fischer.

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., Wagner, C. M., Widmer, R., & Georg, J. (Hrsg.). (2016). *Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)*. Hogrefe Verlag.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.

Carmona-Navarro, M. C., & Pichardo-Martínez, M. C. (2012). Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: Influence of emotional intelligence.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20, 1161–1168.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>

- Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 35.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>
- Chan, S. W., Chien, W., & Tso, S. (2008). The qualitative evaluation of a suicide prevention and management programme by general nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2884–2894. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02424.x>
- Christiansen, E., & Frank Jensen, B. (2007). Risk of Repetition of Suicide Attempt, Suicide or all Deaths after an Episode of Attempted Suicide: A Register-Based Survival Analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257–265. <https://doi.org/10.1080/00048670601172749>
- Cullberg, J. (1978). *Krisen und Krisentherapie*.
- Czernin, S., Vogel, M., Flückiger, M., Muheim, F., Bourgnon, J.-C., Reichelt, M., Eichhorn, M., Riecher-Rössler, A., & Stoppe, G. (2012). Cost of attempted suicide: A retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Medical Weekly*, 29. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13648>
- Dargebotene Hand Schweiz. (2011). *Leitbild*. <https://tocco-nice-dgh.objects.rma.cloudscale.ch/0aa87c754ee9bbe0d3b5704aef-cefec7cba55f1a3b692acd0c532a6828f409cf?response-cache-control=private%3B%20max-age%3D900&response-content-disposition=inline%3B%20filename%2A%3DUTF-8%27%27Leitbild&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Date=20220429T161432Z&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Expires=899&X-Amz-Credential=7SQ55TZBUQDJTDB7J64A%>

2F20220429%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Signature=eac7900cb0ff4db756c7f2ab60af0a732621bfb08a7124ed8c59c214c59944e3

Dekker, L., Heller, H. M., van der Meij, J. E., Toor, A. E. J., & Geeraedts, L. M. G. (2020). A mixed psychiatric and somatic care unit for trauma patients: 10 years of experience in an urban level I trauma center in the Netherlands. *European Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 46(5), 1159–1165. <https://doi.org/10.1007/s00068-019-01088-3>

Der Schweizerische Bundesrat. (2019, Dezember 13). *Verordnung über die berufsspezifischen Kompetenzen für Gesundheitsberufe nach GesBG (Gesundheitsberufekompetenzverordnung, GesBKV)*. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2020/17/de>

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>

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2020, August 1). *Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG)*. <https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/2001/422/20200801/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-2001-422-20200801-de-pdf-a.pdf>

Dudenredaktion. (2022a). Akut. In *Duden online*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/akut>

Dudenredaktion. (2022b). Somatisch. In *Duden online*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/somatisch>

Dudenredaktion. (2022c). Suizid. In *Duden online*.

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Suizid>

Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N.

J., De Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Värnik, A., Schlebusch, L., &

Thanh, H. T. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for sui-

icide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703–709.

<https://doi.org/10.2471/BLT.07.046995>

Foye, U., Simpson, A., & Reynolds, L. (2020). “Somebody else’s business”: The chal-

lenge of caring for patients with mental health problems on medical and surgi-
cal wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 406–416.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12596>

Gibb, S. J., Beautrais, A. L., & Fergusson, D. M. (2005). Mortality and Further Sui-

cidal Behaviour After an Index Suicide Attempt: A 10-Year Study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1–2), 95–100.

<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01514.x>

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A Novel

Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Ran-
domized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Pro-
gram (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13(3).

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968>

Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2017). Mental Health Nurses’ Experi-

ences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional

Endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 31–37.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>

Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & Heeringa, K. van. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012189>

Heidari, M., Borujeni, M. G., & Rafiei, H. (2019). The Assessment Effect of Spiritual Care on Hopelessness and Depression in Suicide Attempts. *Journal of Religion and Health*, 58(4), 1453–1461.

<https://doi.org/10.1007/s10943-017-0473-2>

Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T., & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: A cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6–7), 427–437.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12319>

Kapfhammer, H.P. (2017). In H.J. Möller & G. Laux (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Aufl., S. 2669–2692). Springer.

Kaufmann, C., Hanimann, A., Meier, L., & Zwahlen, M. (2020). *Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen in der Schweiz- Ist-Analyse und Identifizierung von Verbesserungspotenzial. Technischer Datenbericht mit Fokus auf die Todesursachenstatistik und die Medizinische Statistik der Krankenhäuser zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*. Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

- LoBiondo-Wood, G., Haber, J., Nohl, A., & LoBiondo-Wood, G. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2., [erw.] Aufl). Urban & Fischer.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (Hrsg.). (2015). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (6. Aufl., S. b-003-120842). Georg Thieme Verlag.
<https://doi.org/10.1055/b-003-120842>
- Moxham, L., McCann, T., Usher, K., Farrell, G., & Crookes, P. (2011). Mental health nursing education in preregistration nursing curricula: A national report. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(4), 232–236.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00735.x>
- O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Wang, J., Russo, J., Peterson, R., Lapping-Carr, L., & Zatzick, D. (2015). The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 427–433. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.05.001>
- O'Connor, S. S., McClay, M. M., Powers, J., Rotterman, E., Comtois, K. A., Ellen Wilson, J., & Nicolson, S. E. (2021). Measuring the impact of suicide attempt posttraumatic stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(4), 641–645.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12733>
- Oexle, N., Rüschi, N., Viering, S., Wyss, C., Seifritz, E., Xu, Z., & Kawohl, W. (2017). Self-stigma and suicidality: A longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(4), 359–361.
<https://doi.org/10.1007/s00406-016-0698-1>
- Ostertag, L., Golay, P., Dorogi, Y., Brovelli, S., Bertran, M., Cromec, I., Vaeren, B. V. D., Khan, R., Costanza, A., Wyss, K., Edan, A., Assandri, F., Barbe, R., Lorillard, S., Saillant, S., & Michaud, L. (2019). The implementation and first

- insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm. *Swiss Medical Weekly*, 5. <https://doi.org/10.4414/smw.2019.20016>
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193–199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Peter, C., & Tuch, A. (2019). Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung. *Obsan Bulletin* 7/2019.
- Pöldinger, W. (1982). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In C. Reimer (Hrsg.), *Suizid* (S. 13–23). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-68093-9_2
- Psychiatriespitex-Zürich GmbH. (2007). *Psychiatriespitex*. <https://psychiatriespitex-zuerich.ch/psychiatriespitex/>
- Ramberg, I.-L., Di Lucca, M. A., & Hadlaczky, G. (2016). The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(2), 195. <https://doi.org/10.3390/ijerph13020195>
- Ringel, E. (1997). *Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung, eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern*. (6. Aufl.). Klotz.

- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsintstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Romeyke, T., & Stummer, H. (2013). Ganzheitliche Pflege: Qualitätsindikator „Patientenzufriedenheit“ im Kontext der Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems in Deutschland. *HeilberufeScience*, 4(1), 15–20.
<https://doi.org/10.1007/s16024-012-0139-7>
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558–567.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- 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>
- Schädle-Deiniger, H. (2006). *Fachpflege Psychiatrie*. Urban & Fischer.
- Schmid Büchi, S. (2001). How do patients evaluate caring which they have received from nurses: Patientinnen und Patienten beurteilen Caring. *Pflege*, 14(3), 152–160.
- Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed Jr, G. A., & Silverman, M. M. (2016). Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(3), 352–362.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12225>

- Simmich, T. (2000). Psychische Krisen und Krisenintervention. *Fundamenta Psychiatrica*, 14(2), 77–84.
- Solin, P., Tamminen, N., & Partonen, T. (2021). Suicide prevention training: Self-perceived competence among primary healthcare professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(3), 332–338.
<https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1958462>
- Stadt Zürich Pflegezentren. (2018). *Gerontopsychiatrie*. <https://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/alter/neues-zuhause/gza/pflegezentren/unsere-angebote/gerontopsychiatrische-pflege-und-betreuung.html>
- Sun, F.-K., Chiang, C.-Y., Lin, Y.-H., & Chen, T.-B. (2014). Short-term effects of a suicide education intervention for family caregivers of people who are suicidal. *Journal of Clinical Nursing*, 23(1–2), 91–102.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12092>
- Sun, F.-K., & Long, A. (2013). A suicidal recovery theory to guide individuals on their healing and recovering process following a suicide attempt. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 2030–2040. <https://doi.org/10.1111/jan.12070>
- Sun, F.-K., Long, A., Boore, J., & Tsao, L.-I. (2006). Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 83–92. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01232.x>
- Talseth, A.-G., & Gilje, F. L. (2011). Nurses' responses to suicide and suicidal patients: A critical interpretive synthesis*. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11–12), 1651–1667. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03490.x>

- Tuch, A. (2018). Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Prävalenz und Inanspruchnahme. *Obsan Bulletin*, 1/2018.
- Türkleş, S., Yılmaz, M., & Soylu, P. (2018). Feelings, thoughts and experiences of nurses working in a mental health clinic about individuals with suicidal behaviors and suicide attempts. *Collegian*, 25(4), 441–446.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.11.002>
- Ulich, D. (1987). *Krise und Entwicklung: Zur Psychologie der seelischen Gesundheit*. Psychologie Verlags Union.
- Van Der Linden, M. C., Balk, F. J. E., Van Der Hoeven, B. J. H., Van Loon, M., De Voeght, F. J., & Van Der Linden, N. (2019). Emergency department care for patients with mental health problems, a longitudinal registry study and a before and after intervention study. *International Emergency Nursing*, 44, 14–19.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.02.003>
- Vandewalle, J., Van Hoe, C., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2021). Engagement between adults in suicidal crises and nurses in mental health wards: A qualitative study of patients' perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 541–548. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.011>
- Wiklander M, Samuelsson M, & Åsberg M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 293–300.
<https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00227.x>
- Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität. *Der Nervenarzt*, 79(11), 1319–1336.
<https://doi.org/10.1007/s00115-008-2478-2>
- Wolfersdorf, M., & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Kohlhammer Verlag.

World Health Organization. (2019, Juni 16). *Suicide data*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data>

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|--------------------|------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1 | Verlauf der suizidalen Entwicklung | 7 |
| Abbildung 2 | Flow-Chart zum Suchverlauf (eigene Darstellung)..... | 12 |
| Abbildung 3 | 6-S-Pyramide (DiCenso et al., 2009) | 15 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|------------------|------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1 | Suchbegriffe der Literaturrecherche | 9 |
| Tabelle 2 | Ein- und Ausschlusskriterien | 10 |
| Tabelle 3 | Dokumentation der Literaturrecherche | 13 |
| Tabelle 4 | Übersicht der ausgewählten Studien..... | 18 |
| Tabelle 5 | Inhalt der Gespräche durch die Seelsorge | 26 |
| Tabelle 6 | Thematische Inhalte des Interviews | 33 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|----------------------------------------------|
| AICA | Arbeitsinstrument Critical Appraisal |
| ASSIP | Attempted Suicide Short Intervention Program |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BDI-II | Beck's Depression Inventory II |
| BHS | Beck's Hopelessness Scale |
| BPD | borderline personality disorder |
| CSQ | Client Satisfaction Questionnaire |
| CSS | Caring Stress Scale |
| EBN | Evidence-based Nursing |
| SAS | Suicidal Attitudes Scale |
| SCAS | Suicidal Caring Ability Scale |
| SCQ | Stages of Change Questionnaire |
| TAU | treatment as usual |
| TMBI | teachable moment brief intervention |

Wortzahl

Abstract: 196

Arbeit: 11 642

Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei unserer Begleitperson, Frau Pérez für ihre Unterstützung und Begleitung, sowie ihre wertvollen Inputs bedanken.

Für das ausführliche und hilfreiche Feedback bedanken wir uns bei [REDACTED] und [REDACTED], die sich die Zeit genommen haben die Arbeit durchzulesen.

Abschliessend möchten wir unseren Familien und Freunden danken, die während des gesamten Arbeitsprozesses eine Stütze für uns waren.

Eigenständigkeitserklärung

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

Sara Laretta

Anita Leutert

Anhang: AICA-Hilfstabellen zur Zusammenfassung und kritischen Würdigung

Zusammenfassung der Studie Gysin-Maillart et al. (2016)

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | <p>Problemstellung & Phänomenbeschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vermeidung von einem erneuten Suizidversuch durch das ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Programm) <p>Forschungsbedarf/Forschungslücke:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suizidversuch = Hauptrisikofaktor für Suizid und wiederholte Suizidversuche -> wenig Evidenz vorhanden, dass Folgebehandlungen die Suizidalität bei diesen Patienten und Patientinnen verringern. <p>Ziel oder Forschungsfrage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Wirksamkeit des ASSIP zur Verringerung der Suizidalität zu untersuchen• Führt die Durchführung des ASSIP bei Menschen nach einem Suizidversuches zur Verringerung von erneuten Suizidversuchen im Gegensatz zur gewöhnlichen Therapie |
| Methode | <p>Studiendesign, Begründung der Wahl</p> <ul style="list-style-type: none">• Quantitativ randomisierte-kontrollierte Studie mit zwei Vergleichsgruppen <p>Population:</p> <ul style="list-style-type: none">• Für Menschen nach einem Suizidversuch (zur Suizidprävention) <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hospitalisierte Patienten und Patientinnen nach einem Suizidversuch, im Universitätsspital Bern nach Zufallsprinzip entweder übliche Behandlung (n = 60) oder übliche Behandlung plus ASSIP (n = 60)• Ausschlusskriterien: Gewohnheitsmäßige Selbstverletzung (z.B. BPD), schwerwiegende kognitive Beeinträchtigungen, psychotische Störungen, unzureichende Beherrschung der deutschen Sprache und ein Wohnsitz ausserhalb des Krankenhauseinzugsgebiets. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es wurde eine Interventions- und eine Kontrollgruppe gebildet• Eine Reihe von Fragebogen wurde von den Teilnehmern nach der ersten Sitzung sowie nach 6, 12, 18 und 24 Monaten ausgefüllt.<ul style="list-style-type: none">- Narratives Interview mit Videoaufzeichnungen- Persönlicher und soziodemografischer Fragebogen- Penn Helping Alliance Fragebogen- Beck-Depressions-Inventar- Beck-Skala für Suizidgedanken- Suicide Status Form (SSF-III)- psychoedukatives Handout |

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Intervention / Datenmessung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung von ASSIP in drei 60-90-minütigen Sitzungen bei Bedarf vierte Sitzung • 1. Sitzung: narrative Interview mit den betroffenen Personen über persönliche Geschichte, wie es zum Suizidversuch gekommen ist – Videoaufzeichnung dessen • 2. Sitzung: Analyse des Videos oder Ausschnitten davon zusammen mit den Betroffenen Abgabe von Handout und Hausaufgabe, sich bis zur nächsten Sitzung persönlichen Kommentaren zu machen. • 3. Sitzung: Kommentare der Betroffenen im Handout wurden besprochen Langfristige Ziele, individuelle Warnzeichen und Sicherheitsstrategien wurden entwickelt, auf Kreditkartengröße ausgedruckt und den Betroffenen abgegeben -> wurden angewiesen Karte immer bei sich zu tragen Krisenkarte mit Telefonnummern von privaten und professionellen Kontaktstellen wurden ausgehändigt • Halbstandardisierte Briefe wurden alle drei Monate verschickt (Erinnerung an Risiko für künftige Suizidkrisen und Bedeutung der Sicherheitsstrategien) <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Studie wurde von einer lokalen Ethikkommission genehmigt |
| <p>Ergebnisse</p> | <p>Zentrale Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In der ASSIP-Gruppe lag die Rate der Teilnehmer, welche einen Suizidversuch unternahmen, 18.4 Prozent tiefer als in der Kontrollgruppe nach 24 Monaten -> in Überlebensanalyse 83-prozentige Verringerung des Risikos • ASSIP = kostengünstige Intervention begrenzte Behandlungsressourcen = ASSIP hat Potenzial zur Verringerung von suizidalem Verhalten -> Erhöhung des Behandlungsangebots, Senkung der Gesundheitskosten • ASSIP reduziert die Suizidversuchsrate |
| <p>Diskussion</p> | <p>Diskussion / Interpretation der Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse werden mit den Daten anderer Forschungsarbeiten verglichen und diskutiert <p>Stärke und Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärke werden ausführlich aufgezeigt, Schwächen nur kurz <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbundenheit von Therapeuten und Therapeutinnen und Patienten und Patientinnen spielt eine wichtige Rolle – Beziehungsaufbau in der Praxis • Patienten und Patientinnen aufzeigen, dass Suizidalität/Suizidale Krise nicht heilbar ist aber Weg gefunden werden können Risikofaktoren zu erkennen und frühzeitig zu handeln |

Würdigung der Studie Gysin-Maillart et al. (2016)

| | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | Problemstellung & Phänomenbeschreibung: <ul style="list-style-type: none">Die Problemstellung wird erläutert und im Kontext von vorhandener Literatur logisch dargestellt Forschungsbedarf/Forschungslücke: <ul style="list-style-type: none">Die Forschungslücke wird aufgezeigt Ziel oder Forschungsfrage: <ul style="list-style-type: none">Das Ziel der Studie ist klar aufgeführt. |
| Methode | Studiendesign, Begründung der Wahl <ul style="list-style-type: none">Das Studiendesign ist begründet und nachvollziehbar Stichprobe: <ul style="list-style-type: none">Die Stichprobe repräsentiert die ZielpopulationDie Stichprobengröße wurde unter dem Cox-Proportional-Hazar-Modell für klinische Studien berechnetDie Drop-outs werden angegeben Datenerhebung: <ul style="list-style-type: none">Die ist für die Fragestellung nachvollziehbarDie Methoden der Datenerhebung sind für alle Teilnehmenden gleichEs wurden nur komplette Daten in die Analyse miteinbezogen (Rest = drop-outs) Intervention / Datenmessung: <ul style="list-style-type: none">Die Messinstrumente sind reliabel |
| Ergebnisse | Zentrale Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none">Die Ergebnisse sind präziseDie Ergebnisse werden übersichtlich in Tabellen und Grafiken dargestellt, diese stimmten mit dem Fliesstext überein |
| Diskussion | Diskussion / Interpretation der Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none">Die zentralen Resultate der Studie werden diskutiert Stärke und Limitationen: <ul style="list-style-type: none">Es werden Stärken und Schwächen der Studie aufgewogenEs wird explizit beschrieben, dass die Studie in einem anderen Setting möglich wäre |

Einschätzung der Güte der Studie Gysin-Maillart et al. (2016) nach Bartholomeyczik et al. (2008)

| Gütekriterien | Stärken | Schwächen |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objektivität | <ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmende wurden nicht vom Forschungsteam rekrutiert, sondern überwiesen. • Gruppeneinteilung erfolgt randomisiert • Die vier Fragebogen als Messinstrumente sind für alle Teilnehmenden gleich • Signifikanzniveau vom p-Wert wird angegeben • Verschiedene Einschlussfaktoren werden angegeben und berücksichtigt | <ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmenden hatten Kenntnis darüber zu welcher Studiengruppe sie gehören. • Das Studienprotokoll wurde im Verlauf der Studie wenig abgeändert • drei Monate zwischen Suizidversuch und Erstbefragung waren zulässig |
| Reliabilität | <ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte Messinstrumente, daher reliabel • Genaue Definition von der Begrifflichkeit Suizidversuch • Angaben zur zeitlichen Durchführung der Messung • Klare Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien • Prüfung der Daten anhand ihrer Skalenniveaus • Die interne Konsistenz der Fragebogen ist hochzubewerten. | <ul style="list-style-type: none"> • Erhebung der Daten aus nur einem Spital • Es sind grössere Studien erforderlich, um die Evidenz für die Wirksamkeit zu bestimmen |
| Validität | <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse werden mit der bestehenden Literatur verglichen • Limitationen werden diskutiert • Interne Validität gewährleistet: angemessenes Studiendesign und entsprechenden Tests bei der Datenanalyse • Externe Validität hoch, da unter realen Bedingungen durchgeführt und angemessene Stichprobengrösse | <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zu Validität der Messinstrumente fehlen teilweise (nur Literaturangaben) |

Zusammenfassung der Studie: Heidari et al. (2019)

| | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | <p>Problemstellung & Phänomenbeschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Zunehmende Suizide in allen Klassen der Gesellschaft und allen Bevölkerungsgruppen• Die hohe Suizidrate wird oft auf erhöhten psychischen Druck, der durch stressige Lebensbedingungen verursacht wird, zurückgeführt• Hoffnungslosigkeit wird als Risikofaktor für Suizid aufgeführt• Spiritualität ist ein Faktor, der hilft mit bestimmten Problemen fertig zu werden und zum psychischen Wohlbefinden beiträgt• Religion und Glaube als Bewältigungsstrategie haben positive Auswirkungen auf den Behandlungsprozess <p>Forschungsbedarf/Forschungslücke:</p> <ul style="list-style-type: none">• Wird nicht explizit benannt. <p>Ziel oder Forschungsfrage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Untersuchung der Auswirkungen der Seelsorge auf die Hoffnungslosigkeit und Depression bei Suizidversuchen |
| Methode | <p>Studiendesign, Begründung der Wahl</p> <ul style="list-style-type: none">• Quasi-experimentelle Querschnittsstudie• randomisierte Teilung in Interventions- und Kontrollgruppe• Das Studiendesign wird mit der Forschungsfrage begründet <p>Setting:</p> <ul style="list-style-type: none">• Personen nach Suizidversuch die von November 2014 bis Januar 2016 in das Valiasr-Krankenhaus in der Stadt Borujen (Iran) eingeliefert wurden <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none">• 60 Personen wurden nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen zu je 30 Pers. eingeteilt• Mindestalter 18 Jahre - zu Zeit und Ort orientiert, urteilsfähig, keine psychiatrischen Diagnosen, keine Alzheimer- Erkrankung, Wille, um an der Studie teilzunehmen und schriftliche Einwilligung <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Daten wurden in Form von Fragebogen erhoben.• Im ersten Teil der Fragebogen wurden epidemiologische Fragen gestellt. Weiter füllten die Teilnehmenden die «Beck's Depression Inventory II» und die «Beck's Hopelessness Scale» aus.• Die Teilnehmenden wurden nach Beendigung der Intervention gebeten die Fragebogen nochmals auszufüllen. <p>Beck's Depression Inventory II (BDI-II)</p> <ul style="list-style-type: none">• Folgeversion vom Beck's Depression Inventory-I• Test in welcher bei Personen über 13 Jahren den Grad der Depression misst |

Studiendesign, Begründung der Wahl

- Quasi-experimentelle Querschnittsstudie
- randomisierte Teilung in Interventions- und Kontrollgruppe
- Das Studiendesign wird mit der Forschungsfrage begründet

Setting:

- Personen nach Suizidversuch die von November 2014 bis Januar 2016 in das Valiasr-Krankenhaus in der Stadt Borujen (Iran) eingeliefert wurden

Stichprobe:

- 60 Personen wurden nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen zu je 30 Pers. eingeteilt
- Mindestalter 18 Jahre - zu Zeit und Ort orientiert, urteilsfähig, keine psychiatrischen Diagnosen, keine Alzheimer- Erkrankung, Wille, um an der Studie teilzunehmen und schriftliche Einwilligung

Datenerhebung:

- Die Daten wurden in Form von Fragebogen erhoben.
- Im ersten Teil der Fragebogen wurden epidemiologische Fragen gestellt. Weiter füllten die Teilnehmenden die «Beck's Depression Inventory II» und die «Beck's Hopelessness Scale» aus.
- Die Teilnehmenden wurden nach Beendigung der Intervention gebeten die Fragebogen nochmals auszufüllen.

Beck's Depression Inventory II (BDI-II)

- Folgeversion vom Beck's Depression Inventory-I
- Test in welcher bei Personen über 13 Jahren den Grad der Depression misst
- In 21 Kategorien wird von vier Statements dasjenige ausgewählt, welches die Gefühle der Person am besten beschreibt. Das ausgewählte Statement ergibt eine Punktezah von 0-4 und daraus resultiert dann eine Endpunktzahl, welche den Schweregrad der Depression anzeigt.

Beck's Hopelessness Scale (BHS):

- Die BHS erfasst den Grad an Negativität und Pessimismus in Bezug auf die Zukunft
- Die Teilnehmenden bewerten mit Ja/Nein, ob die Aussagen des Tests auf sie zutreffen. Daraus ergibt es eine Punktezah zwischen 0-20. Je höher der Score umso grösser die Hoffnungslosigkeit.
- Vorgegangene Studien habe gezeigt, dass die Testergebnisse einen Zusammenhang mit der Frequenz von Suizidideen und -tendenzen haben.
- Die Validität der Skala wurde mit der Content-Validitätsmethode bestimmt und ihre Reliabilität mit dem Cronbach-Alpha-Koeffizienten bestätigt

Intervention / Datenmessung:

- Interventionsgruppe erhielten eine pädagogische Broschüre mit Anleitungen zu verschiedenen Massnahmen der spirituellen Betreuung (von den Forschenden erstellt)
- Massnahmen stimmten mit dem islamischen Glauben überein
- Teilnehmende wählten acht Massnahmen aus, die sie interessierten
- Personen, welche die Broschüre nicht lesen konnte, wurde der Inhalt vorgelesen
- 8 Sitzungen beim Psychiater mit Beizug der Seelsorger/in
- Inhalt der 8 Therapiesitzungen
 1. Mitglieder einander Vorstellen und Diskussion über Spiritualität und Religion und deren Auswirkungen auf das Leben
 2. Wirkung von glauben und Vertrauen auf die Verringerung psychologischer Probleme
 3. Spirituelle Visualisierung / progressive Muskelentspannung mit Johnsons Entspannungstechnik zusammen mit beruhigender Musik (Klang von Natur und Regen)
 4. Rolle der Geduld beim Ertragen von Not und Unglück / Rolle der Geduld zusammen mit einem Vertrauen in Gott
 5. Buchtherapie und pädagogische Koranrezitation
 6. Gebetstherapie zur Verringerung psychischen Problemen, zur Steigerung der Hoffnung und zur Verringerung von Depression
 7. Schreiben eines Tagebuchs / spirituelle Selbstoffenbarung
 8. Mitgefühl und Barmherzigkeit / Definition von Reue und ihren Bedingungen
- Broschüre wurde auch an Angehörige abgegeben
- Seelsorger/in nahm telefonisch Kontakt auf, um nachzufragen
- Nach 2 Monaten, erneute Einschätzung anhand der BDI-II und BHS

Datenanalyse:

- SPSS/21 unter Verwendung deskriptiver und inferenzieller Statistiken mit Chi-Quadrat-Test
- unabhängig und gepaarten T-Test

- Einweg ANOVA
- Pearson Korrelationskoeffizient

Ethik:

- Wurde durch bei regionale Ethikkommission registriert
Die Teilnehmenden haben schriftlich eingewilligt

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnisse | <p>Zentrale Ergebnisse</p> <p><u>Depression</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor der Umsetzung des spirituellen Betreuungsprogramms gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen bezogen auf die Depression • Nach der Implementierung des spirituellen Betreuungsprogrammes bestand ein signifikanter Unterschied (Interventionsgruppe 100 Prozent minimale Depression und Kontrollgruppe 60 Prozent schwere Depression) <p><u>Hoffnungslosigkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor der Intervention bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den beide Gruppen in Bezug auf Hoffnungslosigkeit • Nach der Intervention bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (Interventionsgruppe 100 Prozent geringe Hoffnungslosigkeit, Kontrollgruppe Mehrheit eine mittlere Hoffnungslosigkeit) <ul style="list-style-type: none"> • Nach der Seelsorgeintervention unterschied sich der Grad der Depression zwischen den beiden Gruppen signifikant |
| Diskussion | <p>Diskussion / Interpretation der Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen. Diese behandeln mindestens einen der beiden Faktoren (Hoffnungslosigkeit und Depression). • Die Ergebnisse der Studie stimmt mit denen von anderen überein. <p>Stärke und Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es werden keinerlei Stärken oder Limitationen angegeben <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachpersonen sollten der spirituellen Versorgung mehr Aufmerksamkeit schenken. • Zur erfolgreichen Umsetzung einer ganzheitlichen Pflege muss das vorhandene Wissen erweitert und der Einsatz von spirituellen Interventionen durch das Pflegefachpersonal gefördert werden |

Würdigung der Studie Heidari et al. (2019)

| | |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | <p>Problemstellung & Phänomenbeschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Studie befasst sich mit einem wichtigen Thema für die Berufspraxis. Die Anzahl der Patienten/Patientinnen nach Suizidversuch wird weiter zunehmen. Jegliche Interventionen, welche Menschen in einer solchen Situation unterstützen und sich positiv auf den Genesungsprozess auswirken.• Das Thema wird präzise und mit empirischer Literatur begründet und eingeführt. <p>Forschungsbedarf/Forschungslücke:</p> <ul style="list-style-type: none">• Der Forschungsbedarf wird präzise mit Bezug auf Literatur begründet.• Aufgrund der Forschungslücke wird die Signifikanz der Arbeit ersichtlich. <p>Ziel oder Forschungsfrage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es wird ein explizites Forschungsziel ohne Hypothesen definiert.• Die Forschenden formulieren eine klare Forschungsfrage. |
| Methode | <p>Studiendesign, Begründung der Wahl</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Verbindung der Forschungsfrage mit dem gewählten Design ist logisch und nachvollziehbar. <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht.• Die Stichprobengröße wurde mit Hilfe vom Altman's nomogram berechnet und ist somit repräsentativ.• Es wurde eine ähnliche Vergleichsgruppe erstellt. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar.• Die Methoden der Datenerhebung ist bei allen Teilnehmenden gleich.• Die Daten sind komplett. <p>Intervention / Datenmessung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Interventionen werden detailliert beschrieben. <p>Beck's Depression Inventory II (BDI-II)</p> <ul style="list-style-type: none">• Folgeversion vom Beck's Depression Inventory-I• Test in welcher bei Personen über 13 Jahren den Grad der Depression misst• In 21 Kategorien wird von vier Statements dasjenige ausgewählt, welches die Gefühle der Person am besten beschreibt. Das ausgewählte Statement ergibt eine Punktezahl von 0-4 und daraus resultiert dann eine Endpunktzahl, welche den Schweregrad der Depression anzeigt. |

Beck's Hopelessness Scale (BHS):

- Die BHS erfasst den Grad an Negativität und Pessimismus in Bezug auf die Zukunft
- Die Teilnehmenden bewerten mit Ja/Nein, ob die Aussagen des Tests auf sie zutreffen. Daraus ergibt es eine Punktezahl zwischen 0-20. Je höher der Score umso grösser die Hoffnungslosigkeit.
- Vorgegangene Studien habe gezeigt, dass die Testergebnisse einen Zusammenhang mit der Frequenz von Suizidideen und -tendenzen haben.
- Die Validität der Skala wurde überprüft

Datenanalyse:

- SPSS/21 unter Verwendung deskriptiver und inferenzieller Statistiken mit Chi-Quadrat-Test
- Unabhängig und gepaarten T-Test
- Einweg ANOVA
- Pearson Korrelationskoeffizient

Ethik:

- Wurde durch bei regionale Ethikkommission registriert
- Die Teilnehmenden haben schriftlich eingewilligt

Ergebnisse**Zentrale Ergebnisse**

- Die Ergebnisse werden präzise im Fliesstext beschrieben.
- Die Forschenden nehmen im Fliesstext Bezug auf Tabellen, welche die Ergebnisse veranschaulichen und ergänzen.

Diskussion**Diskussion / Interpretation der Ergebnisse:**

- Die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen. Diese behandeln mindestens einen der beiden Faktoren (Hoffnungslosigkeit und Depression).
- Die Ergebnisse der Studie stimmt mit denen von anderen überein.

Stärke und Limitationen:

- Es werden keinerlei Stärken oder Limitationen angegeben

Schlussfolgerung:

- Pflegefachpersonen sollten der spirituellen Versorgung mehr Aufmerksamkeit schenken.
- Zur erfolgreichen Umsetzung einer ganzheitlichen Pflege muss das vorhandene Wissen erweitert und der Einsatz von spirituellen Interventionen, während der medizinischen Behandlung durch das Pflegefachpersonal gefördert werden

Einschätzung der Güte der Studie Heidari et al. (2019) nach Bartholomeyczik et al. (2008)

| Gütekriterien | Stärken | Schwächen |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objektivität | <ul style="list-style-type: none"> Die Gruppeneinteilung erfolgte randomisiert in die Interventions- und Kontrollgruppe Die Messinstrumente in Form der Fragebogen waren für alle Teilnehmenden gleich | <ul style="list-style-type: none"> Das Signifikanzniveau wird nicht explizit definiert Die Fragebogen wurden durch die Forschenden ausgefüllt, wenn die Teilnehmenden dies nicht selbst konnten (Gründe dafür werden nicht genannt) |
| Reliabilität | <ul style="list-style-type: none"> Die Stichprobengrösse wurde unter Verwendung des Altman-Nomogramms berechnet Die interne Konsistenz des BDI-II wurde mit dem Cronbach-Alpha-Koeffizienten gemessen und als gut (0.87) zu werten. Die Reliabilität des BHS wurde mit dem Cronbach-Alpha-Koeffizient überprüft und bestätigt Es werden Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie definiert | <ul style="list-style-type: none"> Die Datenerhebung erfolgte in nur einem Spital Anwendung der statistischen Verfahren in der Datenanalyse werden nicht genau erklärt Die Daten werden nicht auf Normalverteilung überprüft |
| Validität | <ul style="list-style-type: none"> Die Validität der BDI-II wurde mit dem Test-Retest-Koeffizienten gemessen und als akzeptable (80.74) einzuschätzen. Die Validität der BHS wurde mit der Content-Validitätsmethode bestimmt und bestätigt | <ul style="list-style-type: none"> Weitere Einflussfaktoren auf die Ergebnisse der Studie werden weder überprüft noch diskutiert Externe Validität unklar: Übertragbarkeit auf andere Settings wird nicht diskutiert Keine Limitationen angegeben |

Zusammenfassung der Studie O'Conner et al. (2015)

| | |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | <p>Problemstellung & Phänomenbeschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Das Amerikanische Nationale Aktionsbündnis für Suizidprävention hat Ziel Zahl der Suizidversuche und Suizide in den Vereinigten Staaten innerhalb von 5 Jahren um 20 Prozent und innerhalb von 10 Jahren um 40 Prozent zu reduzieren.• Hochrisikogruppen sind Menschen nach einem Suizidversuchen auf stationären Akutkliniken machen jährlich etwa 317'000 Krankenhauseinweisungen und 3,5 Milliarden Dollar an medizinischen Gesamtkosten aus.• Früherer Untersuchung über Reaktionen des Notfallpersonals festgestellt, dass evidenzbasierte Ansätze die Ängste und negativen Wahrnehmungen im Umgang mit suizidgefährdeten Patienten und Patientinnen lindern.• Während sich die Patienten und Patientinnen auf medizinischen/chirurgischen Stationen körperlich stabilisieren, könnten die Pflegedienstleister die Zeit (Median = 4 Tage) nutzen, um kurze Intervention für Suizidgedanken abzielt.• Laut Boudreaux und Kollegen, können sich die Faktoren, die mit einer kurzfristigen Verhaltensänderung nach einem auslösenden Ereignis in Verbindung gebracht werden, in unterschiedlichem Masse von den Faktoren unterscheiden, die mit weiter entfernten Erfolgen verbunden sind.• (Nutzen des lehrreichen Moments) Zu den proximalen Faktoren nach einem Suizidversuch können die Förderung der Selbstakzeptanz, die Einsicht, die Wiederherstellung der Hoffnung für die Zukunft und die Steigerung der Motivation zur Teilnahme an einer evidenzbasierten Behandlung gehören, um neue Fähigkeiten zur Bewältigung der Probleme zu erwerben, die dem jüngsten Versuch und den Suizidgedanken zugrunde liegen. <p>Forschungsbedarf/Forschungslücke:</p> <ul style="list-style-type: none">• Daten über die emotionale Auswirkung der Behandlung von Suizidversuch-Überlebenden in Spitäler fehlen• Frühere Studien deuten darauf hin, dass Krankenhauspersonal Patienten, die wegen selbstbestimmter Gewalt eingewiesen werden, oft negativ beurteilen <p>Ziel oder Forschungsfrage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Durchführbarkeit und Akzeptanz einer Kurzintervention für Überlebende eines Suizidversuchs in der Klinik soll untersucht werden. |
| Methode | <p>Studiendesign, Begründung der Wahl</p> <ul style="list-style-type: none">• Prä-Posttest Forschungsdesign <p>Setting:</p> <ul style="list-style-type: none">• 30 Teilnehmer aus King Country, USA <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Patienten und Patientinnen des Adult Psychiatry Consultation Service (APCS) welche von den behandelnden Fachpersonen an die Forschenden überwiesen wurden |

Datenerhebung:

- Vor der Intervention und ein Monat danach

Suicide Attempt Self-Injury Count

- Zweiseitiges Instrument zur Bewertung des ersten, kürzlichen und schwersten Suizidversuches / nicht-suizidalen Selbstverletzung
- Sammelt Daten über Datum des Versuchs/ der Selbstverletzung sowie Art derer

Scale für Suicide Ideation

- 19-Punkte-Bewertung, die verwendet wurde, um die Intensität der Einstellungen und des Verhaltens bezüglich den Suizidplänen der Patienten und Patientinnen zu bewerten

Reasons for Living Inventory

- Bewertet die Bedeutung der Gründe, die dazu führen, dass sich ein Mensch gegen einen Suizidversuch entscheidet
- Verwendung der 32 Item Version für Jugendliche

Stages of Change Questionnaire

- Misst die individuelle Zufriedenheit mit der Gesundheitseinrichtung
- Bewertung mit einer 4-stufigen Likert-Skala von schlecht bis ausgezeichnet

Demografische Daten

- Datenerhebung von Geschlecht, sexueller Orientierung, Familienstand, Einkommen, ethnischer Zugehörigkeit, Anzahl der Familienmitglieder im Umkreis von 50 Meilen

Intervention / Datenmessung:

- Techabel Moment Brief Intervention (TMBI) basiert auf zwei evidenzbasierten Ansätzen
 - a) therapeutische Philosophie der Collaborative Assessment and Management of Suicidality
 - > kooperative Beziehung mit dem Patienten und Patientinnen aufbauen und Konzentration auf die Faktoren, welche zum Suizidversuch geführt haben
 - b) funktionelle Analyse selbstgesteuerter Gewalt (Teil der Dialektischen Verhaltenstherapie)
 - > wird verwendet, um die interne und externe Motivation von Menschen nach einem Suizidversuch zu untersuchen
 - >> TMBI besteht somit aus einem Beziehungsaufbau, der Identifikation der Gründe für den Versuch sowie einer kurzfristigen Krisenplanung und die Weiterleitung an ambulante psychiatrisch Dienste.

Ergebnisse

Zentrale Ergebnisse

- Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe bewerteten die TMBI als gut bis grossartig
- TMBI-Gruppe zeigt eine signifikante positive Verbesserung der Motivation ihre Probleme anzugehen im Vergleich mit Teilnehmenden der Kontrollgruppe, welche die übliche Betreuung erhielt
- TMBI-Gruppe zeigt eine signifikante der Lebensgründe im Vergleich mit Teilnehmenden der Kontrollgruppe

- Eine Tendenz zu einer stärkeren Verbesserung der Suizidgedanken in der TAU-Gruppe wurde beobachtet
- Patienten und Patientinnen, die in einer akutstationären Einrichtung aufgenommen werden, können von einer kurzen Intervention profitieren, welche die üblichen Behandlungen ergänzt, indem sie sich speziell auf die funktionalen Aspekte de Suizidversuchs konzentriert und auf eine kooperative, patientenzentrierte Weise erfolgt.
- Die Nutzung de Sentinel-Ereigniseffekts nach einem kürzlichen Suizidversuch ist ein Schlüsselbereich der Intervention.

Diskussion

Diskussion / Interpretation der Ergebnisse:

- Die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen
- Das Setting der medizinischen/chirurgischen Station für Kurzinterventionen ist eine unerforschte klinische Situation
- Eine erhöhte Bereitschaft zur Veränderung war bei allen Teilnehmende hoch was auf ein einzigartiges Zeitfenster für das Engagement hinweist
- Die TMBI kann in die übliche Versorgung integriert werden und verursacht dadurch ausschliesslich bei der Schulung des Personals kosten.

Stärke und Limitationen:

- Hauptautor, welcher die Intervention erstellt hat, ist der einzige Kliniker, der die TMBI durchführte -> in zukünftiger Forschung muss bewiesen werden, dass TMBI an ein breites Fachpublikum geschult werden kann.
 - Die Stichprobe der Studie war klein.
 - Die Intervention wurde nicht absichtlich durchgeführt, um die Wirksamkeit der TMBI zu messen.
 - Es wurde nur eine Follow-up Befragung durchgeführt
 - Die Version des «Reasons für Living Inventory» wurde für alle Altersgruppen verwendet, obwohl die Version für Jugendliche erstellt worden ist -> eventuelle Messfehler können nicht ausgeschlossen werden
- es wird momentan eine grössere Pilotstudie durchgeführt, in der all diese Schwächen angegangen wurden

Schlussfolgerung:

- erste Studie, welche die Akzeptanz und Durchführbarkeit einer kurzen Intervention für Suizidversuch-Überlebende, die auf einer medizinischen/chirurgischen Abteilung im Spital sind, untersucht
- Die veränderte Bereitschaft als Ergebnis von suizidspezifischen Kurzinterventionen ist neuartig
- Die Forschenden glauben, dass die neu gewonnen Erkenntnisse gut zu den bereits vorhanden (konzeptionelle Modell in Bezug auf erhöhte Motivation, erhöhtes Selbstkonzept und soziale Rollen im begrenzten Fenster nach einem Suizidversuch)

Würdigung der Studie O'Conner et al. (2015)

| | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | Problemstellung & Phänomenbeschreibung: <ul style="list-style-type: none">• Die Problemstellung wird logisch hergeleitet und mit Literatur begründet. Forschungsbedarf/Forschungslücke: <ul style="list-style-type: none">• Die Forschungslücke wird im Kontext von vorhandener Literatur logisch dargestellt. Ziel oder Forschungsfrage: <ul style="list-style-type: none">• Das Ziel der Studie wird explizit genannt. |
| Methode | Studiendesign, Begründung der Wahl <ul style="list-style-type: none">• Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design ist logisch und nachvollziehbar.• Die Gefahren der internen und externen Validität werden nicht kontrolliert Stichprobe: <ul style="list-style-type: none">• Die Stichprobenziehung ist passend zum Design der Studie• Die Teilnehmenden wurde nicht durch die Forschenden rekrutiert sondern überwiesen.• Die Stichprobe ist repräsentativ für die Zielpopulation• Die Grösse der Stichprobe wird als klein beschrieben• Es wurde eine Kontrollgruppe erstellt.• Die Einteilung in Interventions- und Kontrollgruppe erfolgte randomisiert Datenerhebung: <ul style="list-style-type: none">• Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar• Die Methoden der Datenerhebung sind bei allen Teilnehmenden gleich• Die Drop-outs werden begründet Intervention / Datenmessung: <ul style="list-style-type: none">• Die Messinstrumente sind reliabel und valide• Die Wahl der Messinstrumente wird nachvollziehbar begründet• Mögliche Einflüsse auf die Intervention werden nicht erwähnt. |
| Ergebnisse | Zentrale Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none">• Die Ergebnisse sind präzise und werden in Form von Tabellen und Grafiken präzisiert.• Die Tabellen und Grafiken ergänzen den Text. |

Diskussion**Diskussion / Interpretation der Ergebnisse:**

- Die Resultate werden diskutiert
- Eine Übereinstimmung der Resultate mit den Interpretationen ist gegeben
- Es wird nicht nach alternativen Erklärungen für die Forschungsergebnisse gesucht.

Schlussfolgerung:

- Es werden Limitationen der Studie aufgeführt und diskutiert
 - Die Ergebnisse werden als hilfreich für die Praxis beschrieben. Weiter Forschung in diesem Bereich ist jedoch nötig.
 - Eine Übertragbarkeit auf andere Settings muss erforscht werden.
-

Einschätzung der Güte der Studie von O'Conner et al. (2015) nach Bartholomeyczik et al. (2008)

| Gütekriterien | Stärken | Schwächen |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objektivität | <ul style="list-style-type: none"> • Die Gruppeneinteilung erfolgte randomisiert • Die Messinstrumente waren für alle Teilnehmenden gleich • Der Forschungsablauf wird beschrieben • Die teilnehmenden wurden überwiesen und nicht durch die Forschenden rekrutiert • Drop-outs werden begründet | <ul style="list-style-type: none"> • Das Signifikanzniveau wird nicht definiert. • TMBI wurde durch nur einen Kliniker, den Hauptautor der Studie, durchgeführt • Einflussfaktoren auf die Ergebnisse, die unabhängig der Intervention auftraten, werden nicht berücksichtigt |
| Reliabilität | <ul style="list-style-type: none"> • "Scale of suicide Ideation" weist ein Cronbachs Alpha von 0.88 auf. • Der «Stages of Change» Fragebogen weist ein akzeptables Mass an interner Konsistenz von Cronbachs Alpha 0.75-0.87 • Der CSQ hat eine interne Konsistenz von 0.83-0.93. • Selbstgesteuerte Gewalt ohne Todesabsicht wird vom Suizidversuch abgegrenzt | <ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobengrösse • Das Messinstrument "Reasons für Living inventory" wurde für Jugendliche konzipiert und könnte zu Messfehler der erwachsenen Population der Studie geführt haben |
| Validität | <ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen sind valide • Es werden Limitationen der Studie angegeben | <ul style="list-style-type: none"> • Die Übertragbarkeit auf andere Settings muss erforscht werden. Externe Validität unsicher • Es wird nicht nach alternativen Erklärungen für die Ergebnisse gesucht was die interne Validität schwächt |

Zusammenfassung der Studie Solin et al. (2021)

| | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | <p>Problemstellung & Phänomenbeschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es sterben pro Jahr fast 800'000 Menschen pro Jahr an Suizid und laut Schätzungen geht jedem Suizid etwa 20 Versuche voraus• Suizid hat Auswirkungen auf individueller als auch gesellschaftlicher Ebene• Vor dem Suizid ging eine signifikante Anzahl Menschen zum Hausarzt, Risikofaktoren bleiben jedoch oft unbemerkt• Gesundheitsfachpersonen befürchten durch Ansprechen von Suizidgedanken solche zu provozieren und unterlassen es daher• Schulungen können ein wirksames Instrument zur Suizidprävention sein da es Einstellungen verändert <p>Forschungsbedarf/Forschungslücke:</p> <ul style="list-style-type: none">• Schulungsprojekt wurde in Finnland zwischen 2017-2018 eingeführt – wird nun überprüft <p>Ziel oder Forschungsfrage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ziel der Studie ist es die Auswirkungen in Bezug auf die selbst wahrgenommenen Auswirkungen auf die Teilnehmer aufzuzeigen. |
| Methode | <p>Studiendesign, Begründung der Wahl</p> <ul style="list-style-type: none">• Prä-/postintervention <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pflegefachpersonen, Allgemeinmediziner_innen und Sozialarbeitende• 2027 Personen die in 45 Sitzungen geschult wurden <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bewertung der eigenen Kompetenz mittels Fragebogen welcher vor und zwei Wochen nach dem Training ausgefüllt wurde• Rücklaufquote bei 25 Prozent• Bewertung der einzelnen geschulten Bereiche anhand einer Skala von 1= sehr schlecht bis 5 = sehr gut <p>Intervention / Datenmessung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dreistündiges Training in den Bereichen Risiko und Schutzfaktoren, Screening und Bewertung des Suizidrisikos, äussern von Bedenken und Konfrontation mit suizidalen Personen sowie die Behandlung von Suizidgedanken in der primären Gesundheitsversorgung und der Überweisungsprozess.• Inhalt des Trainings = Risiko- und Schutzfaktoren• Screening und Bewertung des Suizidrisikos• Äussern von Bedenken und Konfrontieren suizidaler Patienten und Patientinnen• Behandlung von Suizidgedanken in der primären Gesundheitsversorgung und den damit verbundenen Überweisungsprozessen |

| | |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnisse | <p>Zentrale Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grösste selbst wahrgenommenen Kompetenzsteigerung Pflegefachpersonen im Bereich äussern von Bedenken und Konfrontation mit suizidalen Personen Alle anderen: Bereich Risiko- und Schutzfaktoren am höchsten (alle ausser Pflegefachpersonen) • Geringste selbst wahrgenommene Kompetenzsteigerung Pflegefachpersonen: Screening und Bewertung des Suizidrisikos Alle anderen: Behandlung von Suizidgedanken in der primären Gesundheitsversorgung und die damit verbundenen Überweisungsprozesse • Allgemeinmediziner die 5-19 Jahre Berufserfahrung hatten, konnten am meisten von der Weiterbildung profitieren, die mit mehr als 20 Jahren am wenigsten |
| Diskussion | <p>Diskussion / Interpretation der Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irrtümliche Überzeugungen und fehlendes Wissen im Umgang mit suizidalen Personen können tödlich sein • Diskussion der Schutzfaktoren war ein nützlicher Bereich • Trotz Fortschritten werden Strategien zur Behandlungs- und Managementstrategien der Suizidprävention noch nicht vollständig genutzt • Ergebnisse werden mit anderen Studien diskutiert und verglichen, es gibt widersprüchliche Ergebnisse bezüglich Suizidpräventionstrainings <p>Stärke und Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das online-Feedback war sehr kurz und es wurde nur eine Frage pro Bereich der Intervention gestellt • Die Rücklaufquote betrug lediglich 25 Prozent und ist somit eher niedrig • Das Training wurde auf ein Tag beschränkt, obwohl ein Teil der Teilnehmer von einem längeren Training profitiert hätte <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Trainingsprojekt stärkte die selbst wahrgenommenen Kompetenzen in Bezug auf die Suizidprävention • Die selbst wahrgenommenen Kompetenzen verhindern keinen Suizid erhöhen vermutlich jedoch das Selbstvertrauen auf die eigenen Beobachtungen • Die Wirksamkeit von Suizidpräventionstraining ist in der Literatur widersprüchlich beschrieben und muss genauer untersucht werden |

Würdigung der Studie Solin et al. (2021)

| | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | Problemstellung & Phänomenbeschreibung: <ul style="list-style-type: none">• Das Problem wird im Kontext zu bereits vorhandener Literatur logisch dargestellt Forschungsbedarf/Forschungslücke: <ul style="list-style-type: none">• Die Forschungslücke wird aufgezeigt beziehungsweise die fehlende Überprüfung der Schulungsprojekte benannt Ziel oder Forschungsfrage: <ul style="list-style-type: none">• Das Ziel der Studie wird differenziert beschrieben. |
| Methode | Studiendesign, Begründung der Wahl <ul style="list-style-type: none">• Das Studiendesign ist logisch und nachvollziehbar. Stichprobe: <ul style="list-style-type: none">• Die Stichprobengröße war eher klein.• Es fand keine Berechnung der Stichprobengröße statt.• Die Rücklaufquote wird angegeben. Drop-outs werden mit dem nicht-ausfüllen des Fragebogens erklärt Datenerhebung: <ul style="list-style-type: none">• Die Datenerhebung ist nachvollziehbar• Die Methoden der Datenerhebung sind bei allen gleich und nachvollziehbar• Die Messinstrumente sind nachvollziehbar und werden begründet Intervention <ul style="list-style-type: none">• Die Interventionen werden nicht genau beschrieben |
| Ergebnisse | Zentrale Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none">• Die Ergebnisse werden präzise und klar dargestellt.• Die Tabellen und Grafiken stellen die Ergebnisse in ergänzender Form zum Text dar. |
| Diskussion | Diskussion / Interpretation der Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none">• Die Ergebnisse werden mit anderen Studien diskutiert Stärke und Limitationen: <ul style="list-style-type: none">• Es werden Stärken und Schwächen der Studie benannt und gegeneinander aufgewogen• Limitationen sind beschrieben |

**Schlussfolgerung:**

- Das Trainingsprojekt verbessert die selbst wahrgenommene Kompetenz bezüglich Suizidprävention
 - Die Erhöhung der selbst wahrgenommenen Kompetenz kann Suizide nicht verhindern, hilft jedoch höchstwahrscheinlich das Selbstvertrauen zu erhöhen und den eigenen Beobachtungen zu vertrauen.
-

Einschätzung der Güte der Studie Solin et al. (2021) nach Bartholomeyczik et al. (2008)

| Gütekriterien | Stärken | Schwächen |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objektivität | <ul style="list-style-type: none"> • Der Forschungsablauf wird nachvollziehbar beschrieben. • Die Methoden der Datenerhebung sind bei allen Teilnehmenden gleich und nachvollziehbar begründet • Drop-outs werden angegeben und begründet • Es werden weitere Einflussfaktoren auf die Ergebnisse mit ein bezogen | <ul style="list-style-type: none"> • Es wird nicht beschrieben, wie die Teilnehmenden für die Schulung rekrutiert wurden • Es wird nur in nur vier Kategorien gemessen inwiefern die Schulung und somit die Intervention hilfreich waren |
| Reliabilität | <ul style="list-style-type: none"> • Der Fragebogen als Messinstrument wird wörtlich beschrieben • Die Skala ist in Anlehnung an ein standardisiertes Messinstrument gestaltet | <ul style="list-style-type: none"> • Die Stichprobengrösse ist eher klein • Der Fragebogen ist kurzgehalten |
| Validität | <ul style="list-style-type: none"> • Limitationen werden angegeben • die Ergebnisse werden mit bereits vorhandener Literatur diskutiert • die externe Validität der Ergebnisse ist gegeben, da die Schulungen in ganz Finnland stattfanden. | <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Validität des Messinstrumentes fehlt gänzlich • Die Langzeitauswirkungen des Trainings wurden nicht gemessen |

Zusammenfassung der Studie Sun und Long (2013)

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | <p>Problemstellung & Phänomenbeschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suizide ist in vielen Ländern eine der 10 häufigsten Todesursachen (zum Beispiel Russland und Kasachstan)• Taiwan hat das Ziel die Suizidrate zu senken und dafür ein Suizidpräventionszentren eingerichtet• Durch diese Massnahmen konnte die Suizidrate gesenkt werden. Sie ist jedoch weiterhin hoch und Massnahmen bleiben indiziert. <p>Forschungsbedarf/Forschungslücke:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ein grosser Teil der Studien untersucht die Verarbeitung der Suizidversuche• Nur zwei Studien untersuchen die Genesung nach einem Suizidversuch• Eine Notwendigkeit für die Entwicklung einer Theorie, um Menschen nach einem Suizidversuch zu leiten, wurde identifiziert. <p>Ziel oder Forschungsfrage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Eine Theorie zu formulieren, die Menschen bei ihrem Heilungs- und Genesungsprozess nach einem Suizidversuch unterstützt• Ziel dieser Studie war es, eine Theorie zu entwickeln, die als Leitfaden den Heilungs- und Genesungsprozess von Menschen nach einem Suizidversuch unterstützt. |
| Methode | <p>Studiendesign, Begründung der Wahl</p> <ul style="list-style-type: none">• Es wurde ein qualitativer Grounded-Theory-Ansatz verwendet.• In dieser Studie ging es darum, eine fundierte Theorie zu entwickeln, die Heilung und Genesung bei Menschen nach einem Suizidversuch unterstützt. Daher war die GT-Methode von Strauss und Corbin die an der besten geeigneten Methode für diese Studie. <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Menschen nach einem Suizidversuch• Personen welche mind. einem Suizidversuch in der Vergangenheit hatten aber keine Suizidgedanken oder Suizidversuche im letzten Jahr. Die Betreuenden von Personen welche sich gerade nach einem Suizidversuch erholen.• 20 Teilnehmer/-innen, Patienten und Patientinnen nach einem Suizidversuch (N = 14, 10 Frauen und 4 Männer) und ihre Betreuer/-innen (N = 6, 3 Frauen und 3 Männer), in einem Krankenhaus in Taiwan.• Betreuer/-innen waren 2 Familienangehörige (Töchter), 3 Psychiater und 1 psychiatrische Pflegefachfrau• Eine gezielte Stichprobenauswahl wurde vorgenommen. Dann wurde die Auswahl der weiteren Teilnehmenden durch theoretisches Sampling geleitet. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es wurden halbstrukturierte Interviews genutzt. Alle Teilnehmer/-innen wurden in einem ruhigen, privaten Raum im Krankenhaus für etwa 50-70 Minuten befragt.• Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Teilnehmer/-innen auf Tonband aufgenommen. Der anfängliche Leitfaden für das Patienten- und Betreuerinterview enthielt sechs Themen: |

- Persönliche innere und äussere Ressourcen, die es ihnen ermöglichten, sich von dem Suizidversuch zu erholen
- Ereignisse oder Geschehnisse, die die Veränderung ihrer Suizidgedanken beeinflussten
- Das Umfeld oder die Umstände, die zur Verringerung ihrer Suizidgedanken beitrugen
- Positive Ereignisse oder Geschehnisse, die sie in den letzten 1 Jahr von einem Suizidversuch abhielten
- Negative Ereignisse, Gedanken oder Gefühle, die die Erholung von dem Suizidversuch verzögerten
- Beschreibungen ihres Lebens im letzten 1 Jahr.
- Gesprächsleitfragen wurde nach jedem Gespräch für Betreuer/-innen ein wenig angepasst und geändert, um aufkommende Konzepte einzubeziehen

Intervention / Datenmessung:

- Einmaliges Interview

Datenanalyse

- Induktiv aus Interviewdaten
- Deduktiv durch theoretisch stichprobenartige Daten
- Unter Verwendung des analytischen Rahmens von Strauss und Corbin (1998)
3 Phasen der Datenanalyse:
 - offene Kodierung: Die Datenanalyse erfolgte mittels zeilenweiser In-Vivo-Kodierung, um die Meinungen und Ansichten der Informanten zu erfassen, die dann in bedeutsame Aussagen (Bedeutungseinheiten) kodiert wurden, aus denen sich Konzepte ergaben.
 - Axiale Kodierung: In diesem Schritt wurde die Technik des konstanten Vergleichs verwendet, um die Beziehungen in den entstehenden Daten zu untersuchen.
 - Selektive Kodierung: Alle entstehenden Kategorien wurden mit der Kernkategorie in Beziehung gesetzt und integriert, was zur Entdeckung der grundlegenden sozialpsychologischen Prozesse und zur Formulierung einer substantiellen Theorie führte.

Ethik:

- Teilnehmende gaben ihr schriftliches Einverständnis
- Die Studie wurde von einer Ethikkommission der Universität und dem institutionellen Überprüfungsausschuss eines medizinischen Zentrums genehmigt

Ergebnisse

Zentrale Ergebnisse:

- Mithilfe des Paradigmas von Strauss und Corbin (1998) wurde der Erkenntnisprozess anhand von 5 Komponenten strukturiert. (kausale Bedingungen; kontextuelle Bedingungen; intervenierende Bedingungen; Aktion/Interaktionen; und (v) Konsequenzen.) Draus wurde eine Theorie zur Anleitung von Personen in ihrem Heilungs- und Genesungsprozess nach einem Suizidversuch entwickelt.
- Insgesamt zeigte die Untersuchung, dass der Heilungs- und Genesungsprozess nach einem Suizidversuch langsam und schwierig ist.

- Dementsprechend brauchen die Menschen in dieser Zeit ein solides Unterstützungsnetz um sich herum.
 - Sie müssen sich in die Gesellschaft integriert fühlen.
 - Eine neue innere Stärke in Verbindung mit einer neuen Unterstützung und Betreuung von aussen ermöglicht es suizidgefährdeten Patienten und Patientinnen zu heilen und mehr Selbstvertrauen zu entwickeln, um die Herausforderungen der Lebensumstände zu bewältigen.
 - Die Pflegekräfte sollten daher suizidgefährdete Patienten und Patientinnen ermutigen, ihr Bestes zu geben, ihr Leben zu verbessern, sinnvolle Dinge zu tun und ihre Ziele zu erreichen.
 - Darüber hinaus sollten die Pflegekräfte suizidgefährdeten Patienten und Patientinnen helfen, ihren Wert für ihre Familie oder die Gesellschaft zu erkennen.
 - Sie sollten suizidgefährdeten Patienten und Patientinnen helfen zu glauben, dass sie ihren Wert in der Gesellschaft haben
- Aus den gesammelten Daten, sowie den Antworten der Teilnehmenden wurden eine Theorie als Leitfaden hergestellt.

Diskussion

Diskussion / Interpretation der Ergebnisse:

- Die Ergebnisse werden mit schon vorhandener empirischer Literatur gestützt und verglichen. Die Ergebnisse beweisen Phänomene aus schon bereits existierender Forschungsliteratur.

Stärke und Limitationen:

- Suizid ist in der Taiwanesischen Gesellschaft nach wie vor ein Stigma daher ist es schwierig Menschen zu finden, welche an sich erst kürzlich von einem Suizidversuch erholt haben -> daher wurden die Teilnehmenden in der Studie aus dem psychiatrischen Notfall eines Krankenhauses rekrutiert
- Zweitens nahmen nur vier Männer an der Studie teil

Schlussfolgerung:

- Pflegefachpersonen könnten diese Theorie als theoretischen Rahmen in der Praxis nutzen, um Menschen nach einem Suizidversuch zu begleiten. Sie ermöglichen ihnen zu wachsen und zu heilen, erleichtern den Wiederaufbau eines positiven Selbstwertgefühls, helfen die Ungewissheiten des Lebens anzuerkennen und wecken Hoffnung.

Würdigung der Studie Sun und Long (2013)

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | Problemstellung & Phänomenbeschreibung: <ul style="list-style-type: none">• Das Phänomen wird klar beschrieben und ist relevant für die Pflege.• Das Problem wird hergeleitet und mit vorhandener Literatur eingeführt. Forschungsbedarf/Forschungslücke: <ul style="list-style-type: none">• Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege. Ziel oder Forschungsfrage: <ul style="list-style-type: none">• Das Forschungsziel ist klar formuliert• Es werden keine Forschungsfragen formuliert. |
| Methode | Studiendesign, Begründung der Wahl <ul style="list-style-type: none">• Halbstrukturierte Interviews• Theorieentwicklung unter Verwendung des qualitative Grounded-Theory-Ansatzes nach Strauss und Corbin• Die Wahl des Ansatzes wird nicht explizit begründet Stichprobe: <ul style="list-style-type: none">• Stichprobenziehung mit non-probability sampling erscheint nur teilweise angebracht• Die Wahl der Teilnehmenden wird beschrieben aber nur teilweise begründet• Stichprobengröße klein, wird mit fehlender Population begründet• Ausgewählte Teilnehmende sind als Informanten geeignet.• Die Teilnehmenden erlebten einen Teilbereich des beforschten Phänomens Datenerhebung: <ul style="list-style-type: none">• In der Datenerhebung geht es um menschliches Erleben• Die Vorgehensweisen der Datenerhebung sind klar beschrieben.• Die Datensättigung wird diskutiert Datenanalyse <ul style="list-style-type: none">• Für die Datenanalyse wurde die Grounded-Theory Methodik verwendet• Die Forschenden nehmen anhand des Modelles von Lincoln & Guba (1985) Stellung zur Qualität der Datenanalyse• Es werden entsprechende Referenzierungen gemacht• Die Datenanalyse ist präzise und glaubwürdig |

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Teilnehmende wurde über den Zweck der Untersuchung informiert, über die Rechte aufgeklärt und haben eine Einverständniserklärung unterschrieben. Sie wurden darüber informiert, dass sie das Recht haben, die Teilnahme zu verweigern, sich jederzeit zurückzuziehen oder die Beantwortung von Fragen zu verweigern, die ihnen Unbehagen bereiten. Den Teilnehmenden wurde zugesichert, dass alle Informationen vertraulich behandelt und die Antworten anonym kodiert werden. Die Interviewer boten allen Teilnehmenden nach jedem Interview beratende Unterstützung an. Wenn sie es wünschten, wurden sie an einen Psychiatrischen-Dienst verwiesen. |
| Ergebnisse | <p>Zentrale Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse sind aufgrund einer präzisen Analyse entstanden • Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten • Die Kategorien sind mit Zitaten illustriert und bestätigt • Die Kategorien sind logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar. |
| Diskussion | <p>Diskussion / Interpretation der Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Interpretationen leisten einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens • Die Forschungsfrage konnte mit den Ergebnissen beantwortete werden • Die Ergebnisse sind für die Pflege relevant und brauchbar <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der Studie • Die Schlussfolgerung und Empfehlungen lassen sich nutzen |

Einschätzung der Güte der Studie Sun und Long (2013) nach Lincoln und Guba (1985)

| Gütekriterien | Stärken | Schwächen |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Glaubwürdigkeit (Credibility) | <ul style="list-style-type: none"> • Methoden-Triangulation: Forschende beobachtete den Zustand der Teilnehmenden und führen Interviews durch • Es fanden «member checkings» statt, indem das Konzept durch zwei Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten und zwei Pflegefachpersonen überprüft wurde. | <ul style="list-style-type: none"> • Es werden keine Kontrastfälle berücksichtigt, dadurch kann nicht die gesamte Breite des Themas beleuchtet werden |
| Übertragbarkeit (Transferability) | <ul style="list-style-type: none"> • Kategorisierung der Ergebnisse nach Themen • Verwendung von passenden Zitaten im Ergebnisteil | <ul style="list-style-type: none"> • Eine Anreicherung der Ergebnisse mit Materialien der Situation vor Ort fand nicht statt |
| Zuverlässigkeit (Dependability) | <ul style="list-style-type: none"> • Es werden Audioaufnahmen der Interviews gemacht • Die Datenanalyse wird differenziert beschrieben • Es wurde ein Audit-Trail erstellt. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Datenanalyse und -ergebnisse wurden nicht durch ein externes Gremium überprüft |
| Bestätigung (Confirmability) | <ul style="list-style-type: none"> • Expertenüberprüfung: zwei Experten überprüften die Daten und Datensätze | <ul style="list-style-type: none"> • Es werden gibt keine Angaben zur Begleitung einer externen Person |

Zusammenfassung der Studie Sun et al. (2014)

| | |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | <p>Problemstellung & Phänomenbeschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Laut Weltgesundheitsorganisation steigt die Suizidrate in vielen Ländern in den letzten 10 Jahren stetig an• In Taiwan gründete die Regierung aus diesen Gründen ein Suizidpräventionszentrum zu gründen was zu einer Senkung der Suizidrate beitrug• Patienten und Patientinnen, die aus dem Spital entlassen werden, haben eine Chance von eins zu 10 hat einen zweiten Suizidversuch zu begehen. Ein Drittel davon innerhalb der ersten sieben Tagen• Angehörige von suizidgefährdeten Personen schämen sich und haben Angst sich um ihrer Angehörigen zu kümmern• Um die Suizidrate nach einem Spitalaufenthalt zu senken sind weiterführende Angebote für die gefährdeten Personen aber auch ihrer Angehörigen wichtig. <p>Forschungsbedarf & Forschungslücke:</p> <ul style="list-style-type: none">• Risiko eines erneuten Suizides nach der Entlassung aus dem Spital• Angehörige, welche Angst und Scham empfinden• Lösungsansätze sind vorhanden aber nicht auf ihrer Wirksamkeit überprüft <p>Ziel</p> <ul style="list-style-type: none">• Überprüfung von der pädagogischen Intervention die von Sun und Long (2008) entwickelt wurde• Überprüfung, ob solche ausgebildeten Angehörige weniger Stress erfahren als solche die keine Ausbildung erhalten haben• Überprüfung, ob ausgebildete Angehörigen eine positive Einstellung gegenüber Suizidversuchen haben als solche die keine Ausbildung erhalten haben |
| Methode | <p>Studiendesign, Begründung der Wahl</p> <ul style="list-style-type: none">• Randomisierte kontrollierte Studie mit zwei Gruppen• Prä- und Postinterventions-Umfragemethode• Keine Begründung des Designs <p>Setting:</p> <ul style="list-style-type: none">• Primär betreuende Angehörige von Menschen nach einem Suizidversuch, welche von Mitarbeitenden eines Suizidpräventionszentrums oder von einem Psychiater / einer Psychiaterin an die Forschenden von zwei Psychiatrien in Taiwan überwiesen worden sind |

Stichprobe:

- Mindestalter 18 Jahre, Einverständnis an der Studie teilzunehmen erteilt
- Primär betreuende angehörige Person von Menschen, welche zuvor mindestens zwei Wochen lang suizidgefährdet war oder suizidale Tendenzen hatte
- 256 berechnete pflegenden Angehörige wurden zur Teilnahme überwiesen, 176 pflegenden Angehörige wurde nach dem Zufallsprinzip mithilfe der Ziehung einer Kugel mit der Nummer 1 oder 2 in die Interventions- oder Kontrollgruppe zugeordnet

Datenerhebung:

- Die Daten wurden in Form von Fragebogen erhoben
- Vor der Intervention und 3 Monate nach der Intervention

Suicidal caring Ability Scale (SCAS)

- 26 Punkte des Fragebogens in fünf Abschnitten unterteilt
- Kategorien: Suche nach Hilfe aus Ressourcen / Bewältigungsstrategien / Beobachtung der Anzeichen von Suizid / Schutz der suizidalen Menschen vor Schaden / Betreuung der suizidalen Menschen
- Likert-Skala von stimme überhaupt nicht zu bis stimme voll und ganz zu

Caring Stress Scale (CSS)

- mit 26 Items und vier Abschnitten
- Kategorien: ganzheitliche Pflegebelastung, Zeit- und Körperbelastungen, sozial und familiäre Belastungen und emotionale Belastungen
- Likert-Skala von stimme überhaupt nicht zu bis stimme voll und ganz zu

Suicidal Attitudes Scale (SAS)

- 22 Items in 4 Abschnitte unterteilt
- Kategorien: Akzeptanz, Kommunikation und Aufmerksamkeit, Behandlung und Support
- Likert-Skala von stimme überhaupt nicht zu bis stimme voll und ganz zu

Intervention / Datenmessung

- Angehörigen erhielten pädagogische Interventionen zur Suizidversorgung unter Anleitung des Suiziderziehungshandbuch
- Zwei Stunden persönlicher Unterricht, in dem das Handbuch und dessen Inhalte erklärt wurde, sowie die Erfahrungen der Patient und Patientinnen diskutiert
- Zwei Follow-up in Form von Telefongesprächen
- Kostenlose telefonische Beratung

Handbuch und dessen Inhalt

- 40-seitiges Handbuch mit leicht verständlichen Erklärungen bezogen auf Suizidprävention
- Erstes Kapitel: Verständnis von Suizid
- Zweites Kapitel: Hilfestellung für frühzeitige Behandlung von suizidalen Personen
- Drittes Kapitel: Angehörigen helfen die angebotene Pflege zu verbessern
- Viertes Kapitel: Fähigkeit der betreuenden Angehörigen zu erhöhen

Im Anhang Bereitstellung von Ressourcen zur Suizidprävention

Datenanalyse

- Ordinal skalierte Daten
- Chi-Square Test und t.test
- Signifikanzniveau bei 0.05

Ethik:

Teilnehmende gaben ihr schriftliches Einverständnis

Ergebnisse

Zentrale Ergebnisse:

- Die 3 meisten Arten für einen Suizidversuch waren Medikamentenüberdosis, Schneiden der Pulsadern und Inhalieren von Gasen.
- Der meistgenannte Grund für die Suizidversuche waren psychiatrische Erkrankungen mit Verschlimmerung der Depression oder psychotischen Symptomatik
- Angehörige von Personen nach einem Suizidversuch welche das Aufklärungsprogramm erhalten haben waren besser in der Lage, Hilfe bei Ressourcen zu suchen / sich um suizidgefährdete Menschen zu kümmern / hatten eine positivere Einstellung gegenüber ihren Angehörigen-> Die Interventionsgruppe steigerte ihrer Fähigkeit, sich um suizidgefährdete Menschen zu kümmern
- Die Betreuer der Interventionsgruppe waren eher bereit mit den suizidgefährdeten Menschen zu kommunizieren und ihnen Aufmerksamkeit zu schenken.
- Ebenso hatten sie eine positivere Einstellung zur Behandlung

Diskussion

Diskussion / Interpretation der Ergebnisse:

- Studien zu Aufklärungsprogrammen für Pflegende jedoch nicht für Angehörige, Vergleiche der Ergebnisse werden gezogen

Stärken und Limitationen:

- Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden
- Schwierigkeiten, um Angehörige zu finden, da sich diese schämen und nicht publik machen wollen, dass ihre Angehörigen einen Suizidversuche begangen haben (Datensammlung über ein Jahr und zwei Monate)
- Es wurde nur die Wirksamkeit nach drei Monaten überprüft – zukünftig soll die Wirksamkeit der Intervention nach einer längeren Zeit – z.B. nach einem Jahr überprüft werden



Schlussfolgerungen

- Das Aufklärungsprogramm einen positiven Einfluss auf die Angehörigen von Menschen nach einem Suizidversuch / suizidale Menschen. Psychiatrie und Pflegefachpersonen können das zweistündige Programm nutzen, um die Angehörigen zu unterstützen und in ihrer Rolle zu stärken. Weiter wurde das Handbuch auf der Internetseite von zwei Psychiatrien hochgeladen und kann auf diesem Weg unterstützend sein.
-

Würdigung der Studie Sun et al. (2014)

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | Problemstellung & Phänomenbeschreibung: <ul style="list-style-type: none">• Das Problem wird anhand vorhandener Literatur klar und ausführlich dargelegt Forschungsbedarf/Forschungslücke: <ul style="list-style-type: none">• Der Forschungsbedarf wird präzise mit Bezug auf Literatur begründet.• Aufgrund der Forschungslücke wird die Signifikanz der Arbeit ersichtlich. Ziel oder Forschungsfrage: <ul style="list-style-type: none">• Es wird ein explizites Forschungsziel definiert.• Die Forschenden formulieren ein klare Forschungsfrage. |
| Methode | Studiendesign, Begründung der Wahl <ul style="list-style-type: none">• Die Verbindung der Forschungsfrage mit dem gewählten Design ist logisch und nachvollziehbar. Stichprobe: <ul style="list-style-type: none">• Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht.• Die Drop-outs werden angegeben und begründet. Ein Flow-Chart unterstützt das Verständnis.• Es wurde eine Vergleichsgruppe erstellt. Diese unterschied sich signifikant bezüglich des Alters. Dies hatte jedoch keinen Einfluss auf die Signifikanz der Ergebnisse Datenerhebung: <ul style="list-style-type: none">• Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar.• Die Methoden der Datenerhebung ist bei allen Teilnehmenden gleich.• Die Daten sind komplett. Intervention / Datenmessung: <ul style="list-style-type: none">• Die Interventionen werden detailliert beschrieben. |
| Ergebnisse | Zentrale Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none">• Die Ergebnisse werden präzise im Fliesstext beschrieben.• Die Forschenden nehmen im Fliesstext Bezug auf Tabellen, welche die Ergebnisse veranschaulichen und ergänzen. |

| | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diskussion | Diskussion / Interpretation der Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none">• Die Ergebnisse können nicht mit anderen Studien verglichen werden, da es keine solche gibt. Sie werden jedoch mit Studien verglichen, welche Aufklärungsprogramme für Pflegefachpersonen untersuchten. Diese stimmten mit den Daten der vorliegenden Studie überein. Stärke und Limitationen: <ul style="list-style-type: none">• Es werden Limitationen angegeben und ausführlich beschrieben. Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none">• Das Aufklärungsprogramm unterstützt Angehörige von Menschen mit suizidalen Absichten• Das Aufklärungsprogramm sollte in die Praxis implementiert werden |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Einschätzung der Güte der Studie Sun et al. (2014) nach Bartholomeyczik et al. (2008)

| Gütekriterien | Stärken | Schwächen |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objektivität | <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden wurden an die Forschenden überwiesen und nicht durch diese rekrutiert. Die Einteilung in die Interventions- bzw. Kontrollgruppe erfolgte randomisiert durch Ziehung einer Nummer, welche die entsprechende Gruppe anzeigte durch eine unabhängige Person. Die Methoden der Intervention wurde mittels Standardprotokoll gestützt, um sicher zu stellen das alle das gleiche Programm erhielten. Die Datenerhebung mittels der Fragebogen ist bei allen Teilnehmenden gleich. Drop-outs werden angegeben und begründet | <ul style="list-style-type: none"> Die Studienteilnehmer wurden mit Geschenken motiviert, weiterhin an der Studie teilzunehmen. Der psychische Zustand der pflegenden Angehörigen wurde nur teilweise erfragt, inwiefern dieser die Ergebnisse der Studie beeinflusst wurde nicht gemessen |
| Reliabilität | <ul style="list-style-type: none"> Der selbst entworfene Fragebogen (SCAS) basierte auf Literatur und wurde mit einem Wert von 0.92 im Cronbachs-Alpha als reliabel eingeschätzt. Der CSS wurde mit dem Cronbachs-Alpha von 0.89 als zuverlässig eingestuft. Der SAS zeigte mit dem Cronbachs-Alpha überprüfte Reliabilität von 0.56 an. Dieser geringere Wert wird mit Literatur als ausreichend für die Verwendung in dieser Studie begründet. Die Daten wurden auf Normalverteilung geprüft. Es werden Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie beschrieben. | <ul style="list-style-type: none"> Die vollständig ausgefüllten Daten (n = 74) liegt unter dem berechneten Wert für die Stichprobe (n = 128) |

Validität

- Es werden Limitationen angegeben.
 - Die Fragebogen wurden auf ihrer Validität überprüft und diese wurde hoch bewertet.
 - Die Ergebnisse werden mit bereits vorhandener Literatur diskutiert.
 - Die externe Validität der Ergebnisse ist gegeben, da die Schulungen in ganz Finnland stattfanden.
 - Die Langzeitauswirkungen des Trainings wurden nicht gemessen.
 - Die interne Validität wird durch die grosse Fluktuation negativ beeinflusst.
-

Zusammenfassung der Studie Vandewalle et al. (2021)

| | |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | <p>Problemstellung & Phänomenbeschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ca 30 Personen mit suizidalen Krisen pro vollendeten Suizid• Begleitung und Betreuung erfolgt in psychiatrischen Kliniken wird mehrheitlich durch Pflegefachpersonen• Diese erleben die Betreuung dieser Population als komplex, anspruchsvoll und angstausslösend <p>Forschungsbedarf/Forschungslücke:</p> <ul style="list-style-type: none">• Das Engagement von Pflegefachpersonen im psychiatrischen Setting gegenüber Menschen in einer suizidalen Krise soll erforscht werden• Forschungslücke wird anhand von vorhandener Literatur aufgezeigt und begründet. <p>Ziel oder Forschungsfrage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ziel und Forschungsfrage werden nicht explizit benannt |
| Methode | <p>Studiendesign, Begründung der Wahl</p> <ul style="list-style-type: none">• Qualitative Studie auf der Grundlage der «Grounded Theory» mit halb-strukturierten Interviews• Wahl lässt sich mit Forschungsbedarf erklären <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none">• 11 hospitalisierte Personen aus 3 psychiatrischen Kliniken in Nordbelgien, die eine suizidale Krise durchlebten• Die Auswahl der Teilnehmenden wird detailliert beschrieben• Non-probability Sampling-Methode• Keine Kontrollgruppe <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es wurden individuelle semi-strukturierte Interviews mit Feldnotizen und Beobachtungen durchgeführt• Die Daten wurden in einem einmaligen Interview erhoben <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none">• Transkripte wurden durch Forschende wiederholt untersucht• Weitere Personen lasen die Transkripte und führten Diskussionen mit den Forschenden darüber• Kodierung der Daten zur Strukturierung und Erfassung der Bedeutung• Codes wurden überprüft und mit neuen Daten verglichen -> integrative Analyse, die es ermöglicht Konzepte und Prozesse auszudeckeln und die Wahrnehmung der Teilnehmenden widerzuspiegeln• Bündelung in Kategorien• Qualität der Datenanalyse wird diskutiert (siehe auch kritische Würdigung) |

| | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Studie wurde durch die Ethikkommissionen und Krankenhausdirektoren genehmigt • Die Teilnehmenden stimmten der Studie schriftlich und mündlich zu • Ethische Konflikte zwischen Forschenden und Teilnehmenden werden diskutiert |
| Ergebnisse | <p>Zentrale Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Patienten schätzten Pflegefachpersonen, die fürsorgliches Handeln, d. h. den Aufbau von Vertrauen, Mitgefühl und die Förderung der Sicherheit, mit therapeutischen Ansätzen verbanden, die sie unterstützten, ihre Suizidgedanken auszudrücken und zu erforschen und neue Einsichten und Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln. • Dieses zwischenmenschliche Engagement fördert das Gefühl der Patienten, akzeptiert und verstanden zu werden sowie Hoffnung zu haben und in der Lage zu sein, ihre Suizidgedanken zu überwinden. |
| Diskussion | <p>Diskussion / Interpretation der Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der fürsorgliche Ansatz von Pflegefachpersonen ermöglichte es den Patienten, Vertrauen aufzubauen, Sicherheit und Stabilität wiederzuerlangen und ihr Leiden mitzuteilen. Dies konnte mit früheren Studien verglichen werden, die belegen, dass die Akzeptanz der Patienten als Individuen durch die Pflegefachpersonen in Verbindung mit ihrer positiven Ermutigung zu einer positiveren Selbstwahrnehmung und zur Hoffnung auf ein Leben ohne Suizidgedanken führt. <p>Stärke und Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wird eine Grundhaltung aufgezeigt, welche von allen Pflegefachpersonen genutzt werden kann. • Es wird die Relevanz für die Klinische Praxis beschrieben. • Limitationen werden nicht angegeben. <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Studie ermöglichte es, zu verstehen, wie Patienten in Suizidkrisen ihre Beziehung zu den Pflegekräften in psychiatrischen Abteilungen wahrnehmen. • Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit einer guten zwischenmenschlichen Beziehung, in der die Pflegefachpersonen es den Patienten und Patientinnen ermöglichen, Vertrauen aufzubauen und sich sicher und umsorgt zu fühlen, während sie mit ihnen an der Linderung und Veränderung ihrer Suizidgedanken arbeiten. • Die Ergebnisse können in Schulungsprogramme zur Förderung der zwischenmenschlichen Kompetenzen einfließen. |

Würdigung der Studie Vandewalle et al. (2021)

| | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Einleitung | <p>Problemstellung & Phänomenbeschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es wird eine wichtige Frage der Pflege beantwortet• Das Phänomen ist mit seiner Relevanz klar beschrieben. <p>Forschungsbedarf/Forschungslücke:</p> <ul style="list-style-type: none">• Der Forschungsbedarf wird mit vorhandener Literatur aufgezeigt und begründet. <p>Ziel oder Forschungsfrage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es kein explizites Studienziel und keine Forschungsfrage definiert. |
| Methode | <p>Studiendesign, Begründung der Wahl</p> <ul style="list-style-type: none">• Das Design ist in Verbindung zum aufgezeigten Forschungsbedarf nachvollziehbar. <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Stichprobe ist in Bezug auf das Setting repräsentativ.• Die ersten Teilnehmenden wurden unter Einbezug der Einschlusskriterien durch gezielte Stichproben ausgewählt• Die Auswahl von weiteren Teilnehmenden erfolgt unter Einbezug der Erkenntnisse und wurde somit durch diese beeinflusst• Die Grösse der Stichprobe wird als zu klein diskutiert• Das beforschte Phänomen wurde von den Teilnehmenden erlebt <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Das menschliche Erleben wird in den Daten erhoben.• Die Datensättigung wird diskutiert und als zu gering eingeschätzt <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none">• Das Vorgehen der Analyse ist klar beschrieben• Analysemethoden werden korrekt referenziert• Die Glaubwürdigkeit wird durch mehrere (z.B. Investigator-Triangulation) Faktoren sichergestellt. <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden wird differenziert beschrieben• Die Forschenden führten keine Interviews in den eigenen Kliniken durch |

| | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnisse | Zentrale Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none">• Die Ergebnisse sind sehr reichhaltig und reflektieren somit die Daten• Die Ergebnisse werden im Kontext verankert.• Die Kategorien beleuchten eine grosse Bandbreite des Phänomens, Limitationen werden gemacht |
| Diskussion | Diskussion / Interpretation der Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none">• Die Interpretationen unterstützen das Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften• Die Ergebnisse stellen einen wichtigen Beitrag in der Beantwortung der Forschungslücke dar• Für die Pflegefachpersonen sind Erkenntnisse relevant. Schlussfolgerung: <ul style="list-style-type: none">• Die Befunde der Studie lassen sich nutzen.• Die Ergebnisse der Studie werden in der Schlussfolgerung der Studie gespiegelt. |

Einschätzung der Güte der Studie Sun und Long (2013) nach Lincoln und Guba (1985)

| Gütekriterien | Stärken | Schwächen |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Glaubwürdigkeit (Credibility) | <ul style="list-style-type: none"> • Es wurden Negativfälle untersucht, um alternative Erklärungen in Betracht zu ziehen. • Es fanden Investigator-Triangulationen statt, indem die Forschenden und zwei weitere Autoren und Autorinnen die Transkripte der Interviews lasen, Memos hinzufügten und Interpretationen diskutierten. | <ul style="list-style-type: none"> • Es fanden weder Methoden- noch Daten-Triangulationen statt. |
| Übertragbarkeit (Transferability) | <ul style="list-style-type: none"> • Es werden plausible und passende Zitate verwendet. Dadurch lassen sich die Sachverhalte für die weitere Erforschung des Themas nutzen. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse entstanden in einem Kontext, wo Menschen mit suizidalen Krisen Psychiatrischer Behandlung in Anspruch nehmen können. Die Übertragbarkeit auf Länder, in welchen keine solchen Möglichkeiten bestehen ist somit nicht gegeben. • Es wurden nur niederländischsprachige Teilnehmende miteinbezogen. Interkulturelle Vergleich fanden somit nicht statt. |
| Zuverlässigkeit (Dependability) | <ul style="list-style-type: none"> • Die Konzepte und Prozesse wurden schrittweise in Kategorien gebündelt • Die Datenanalyse wird regelmässig reflektiert. | <ul style="list-style-type: none"> • - |
| Bestätigung (Confirmability) | <ul style="list-style-type: none"> • Zwei externe Autoren lasen einige Transkripte der Interviews und führten während des analytischen Prozesses Diskussionen mit den Forschenden. | <ul style="list-style-type: none"> • - |