



Die Zahlen auf der Waage wachsen!

Gewichtsmanagement unter Antipsychotika

Bauknecht Claudia
17-648-866

Ryf Michèle Céline
17-667-726

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: 2017

Eingereicht am: 01.05.2020

Begleitende Lehrperson: Sommer Heidi

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
1. Einleitung.....	2
1.1 Problemstellung und Praxisbezug.....	3
1.2 Begründung der Themenwahl.....	4
1.3 Fragestellung und Zielsetzung	5
2. Theoretischer Hintergrund	6
2.1 Zentrale Begriffe	6
2.1.1 Schizophrenie.....	6
2.1.2 Antipsychotika/Neuroleptika	7
2.1.3 Gewichtszunahme	8
2.1.4 Psychiatrisches Setting	8
2.1.5 Pflegefachpersonal.....	8
2.2 Therapieformen.....	9
2.2.1 Beratung und Psychotherapie	9
2.2.2 Psychoedukation	9
2.2.3 Verhaltenstherapie	10
2.2.4 Lebensstil-Interventionen	10
2.3 Modelle	11
2.3.1 Persönlichkeitsentwicklung von Erik H. Erikson	11
2.3.2 Salutogenese	11
3. Methodik	13
3.1 Literaturrecherche	13
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	14
3.3 Flow-Chart zum Suchverlauf.....	15
3.4 Instrumente zur kritischen Beurteilung der Studien.....	17
4. Ergebnisse.....	18
4.1 Tabellarischer Überblick der Studien	19
4.2 Studienergebnisse	21

4.2.1	Superwellness Program: a cognitive-behavioral therapy-based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsychotic drug (Magni et al., 2017).....	21
4.2.2	A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics (Usher et al., 2012).....	23
4.2.3	Pilot study of the efficacy of an educational programme to reduce weight, on overweight and obese patients with chronic stable schizophrenia (Iglesias-García et al., 2010)	24
4.2.4	A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia (Attux et al., 2013)	26
4.2.5	Impact of nurse-led behavioural counselling to improve metabolic health and physical activity among adults with mental illness (Fraser et al., 2018)	27
4.2.6	Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis (Curtis et al., 2016)	29
4.2.7	Keeping the body in mind: A qualitative analysis of the experiences of people experiencing first-episode psychosis participating in a lifestyle intervention program (Watkins et al., 2019).....	30
4.3	Kritische Würdigung der Studien.....	31
4.3.1	Würdigung der quantitativen Studien.....	31
4.3.2	Würdigung der qualitativen Studie.....	33
4.3.3	Würdigung von weiteren Faktoren.....	35
5.	Diskussion	39
5.1	Pflegeinterventionen	39
5.2	Beantwortung der Fragestellung	45
5.3	Limitationen und weiterführende Fragen.....	46
5.4	Empfehlung für die Praxis	47
	Schlussfolgerung	48
	Literaturverzeichnis	49

Abbildungsverzeichnis.....	55
Tabellenverzeichnis.....	55
Abkürzungsverzeichnis.....	55
Wortzahl	55
Danksagung	56
Eigenständigkeitserklärung.....	56
Anhang	57
Anhang A: Protokoll der Literaturrecherche	57
Anhang B: Glossar.....	59
Anhang C: 6S Pyramide: Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)	60
Anhang D: 5A-Modell nach Peterson (2007).....	60
Anhang E: Zusammenfassung und Würdigung der Studien im AICA Raster.....	61
Anhang E1: Magni et al. (2017).....	61
Anhang E2: Usher et al. (2012)	67
Anhang E3: Iglesias-García et al. (2010).....	71
Anhang E4: Attux et al. (2013)	75
Anhang E5: Fraser et al. (2018)	80
Anhang E6: Curtis et al. (2016)	85
Anhang E7: Watkins et al. (2019).....	90

Abstract

Darstellung des Themas

In der Schweiz erkrankt jede hundertste Person an Schizophrenie. Eine der weitverbreitetsten Nebenwirkungen der antipsychotischen Therapie ist die unerwünschte Gewichtszunahme. Daraus können sich somatische sowie psychosoziale Probleme entwickeln. Die unerwünschte Gewichtszunahme ist für Betroffene und auch deren Angehörige sehr belastend.

Fragestellung

Inwiefern werden in der Literatur **pflegerische Interventionen** im **psychiatrischen Setting** beschrieben, welche **Individuen mit Schizophrenie** beim **Management der antipsychotikabedingten Gewichtszunahme** unterstützen?

Methode

Diese Bachelorarbeit gestaltet sich als Literaturreview. Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken Pubmed, CINAHL und PsycINFO durchgeführt. Sechs quantitative und eine qualitative Studie wurden zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Relevante Ergebnisse

Die Ergebnisse der untersuchten Studien zeigen, dass eine signifikante Gewichtsabnahme vor allem bei frühzeitigem Start mit einer Kombination aus Verhaltenstherapie, Psychoedukation und motivierender Gesprächsführung erreicht werden kann. Alternativ zur Psychoedukation sollten Lebensstil-Interventionen in die Praxis implementiert werden. Das Pflegefachpersonal muss sein Wissen in Bezug auf das Phänomen erweitern.

Schlussfolgerung

Es konnten kostengünstige und zeiteffiziente pflegerische Interventionen gefunden werden, welche gut in die Pflegepraxis integriert werden können. Durch den frühzeitigen Miteinbezug dieser Interventionen können kardiovaskuläre Folgeerkrankungen vermindert werden.

Keywords

schizophrenia, nursing intervention, weight management, adults and adolescents with schizophrenia

1. Einleitung

Weltweit erkranken jährlich unabhängig vom sozioökonomischen Status zwischen 11 und 20 Personen auf 100'000 Personen neu an Schizophrenie (Gaebel & Wölwer, 2010). Gemäss Gaebel und Wölwer (2010) liegt die Jahresinzidenz bei 0.01 % bis 0.02 %. In der Schweiz erkrankt jede hundertste Person an Schizophrenie (VASK Schweiz Dachverband, 2014).

Männer erkranken am häufigsten zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr. Bei Frauen liegt das durchschnittliche Manifestationsalter zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr. (Gaebel & Wölwer, 2010)

Laut Lambert und Naber (2009) führen bei Menschen mit Schizophrenie nebst den allgemeinen Ursachen wie unter anderem familiäre Disposition, ungesunder Lebensstil, Stress und Essstörungen auch spezielle Ursachen zu einer ungewollten Gewichtszunahme. Dazu zählen zum Beispiel die krankheitsbedingte Inaktivität oder die medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika, welche bei 45-55 % aller Schizophrenie-Erkrankten eine Gewichtszunahme von bis zu 20 % des Körpergewichtes induzieren kann (Benkert & Hippus, 2012). Individuen mit Schizophrenie nehmen mehr Zucker und Fett zu sich und bewegen sich auch weniger als die generelle Bevölkerung (Brown, Goetz, Hamers & Gajewski, 2014, zit. nach Ratliff et al., 2012, S. 203). Die Gewichtszunahme unter Antipsychotika ist eine weit verbreitete Nebenwirkung, welche für die Betroffenen sehr belastend sein kann (H.-J. Möller & Deister, 2003).

Bekanntlich ist die Behandlung von Übergewicht bereits in der Allgemeinbevölkerung eine Herausforderung. Die Behandlung bei Menschen, welche durch psychische Erkrankungen und deren medikamentösen Therapie an Übergewicht leiden, wird sich als eine noch grössere Herausforderung herausstellen. (Poulin et al., 2007)

Die beiden Medikamente Clozapin und Olanzapin gehen mit der stärksten Gewichtszunahme einher. Ebenfalls weisen Risperidon und Quetiapin ein erhöhtes Risiko zur Gewichtszunahme auf. (Milano et al., 2007)

Neben Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die Adhärenz kann die Gewichtszunahme langfristig gravierende gesundheitliche Probleme wie Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und Fettstoffwechselstörungen nach sich ziehen (Lambert & Naber, 2009).

Allfällige Stigmatisierungen und Diskriminierungen können zu einem sozialen Rückzug und dadurch zu einer verminderten Lebensqualität führen (Häfner, 2017).

Die Beziehung zwischen Pflegenden und Erkrankten spielt im ambulanten sowie im stationären Setting eine grosse Rolle (Frey, Schmid & Wenzel, 2002). Frey et al. (2002) verdeutlichen, wie wichtig eine professionelle, aber vertraute Beziehung zwischen den Pflegenden und den Betroffenen ist.

Gemäss Green, Janoff, Yarborough B., Yarborough T., (2014, zit. nach Weiden, Kozma, Grogg & Locklear, 2004, S. 974) beeinträchtigt die Gewichtszunahme den Therapieerfolg, weil die Betroffenen aufgrund der unerwünschten Nebenwirkung die Therapie vermehrt abbrechen. Gemäss Milano et al. (2007) ist die Antipsychotika bedingte Gewichtszunahme der zweithäufigste Grund einer fehlenden Adhärenz bezüglich der medikamentösen Therapie. Der häufigste Grund liegt bei den extrapyramidalen Nebenwirkungen (Schäfer & Rüter, 2004). Mangelnde Adhärenz beruht oft auch auf der Diskrepanz zwischen den Krankheitsvorstellungen und Therapieerwartungen der Betroffenen und den Empfehlungen der Behandelnden (Schäfer & Rüter, 2004). Diese mangelnde Adhärenz erhöht zudem das Rückfallrisiko (Falkai & Hasan, 2019).

Eine Grundlage der psychotherapeutischen Behandlung ist die Psychoedukation, die Informationen über das Krankheitsbild und seine Behandlung vermittelt, um die besagte Diskrepanz zu verhindern (D'Amelio, Behrendt & Wobrock, 2007). Bewältigungsstrategien helfen im Umgang mit Symptomen, Prodromen und psychosozialen Belastungen, wobei auch Angehörige in die Behandlung miteinbezogen werden sollten (Gaebel & Wölwer, 2010).

1.1 Problemstellung und Praxisbezug

Pflegeschwestern pflegen häufigen Kontakt mit den Betroffenen. Dies ermöglicht ihnen, die Erkrankten im Management der Gewichtszunahme, zum Beispiel im wöchentlichen Einzelsetting in einer Tagesklinik, zu unterstützen. Im stationären Bereich verbringen die Pflegenden sogar noch mehr Zeit mit den Patienten und Patientinnen. Eine gründliche Recherche zeigt, dass die antipsychotikainduzierte Gewichtszunahme fatale Auswirkungen auf die physische sowie die psychische Gesundheit haben kann. Neben den riskanten körperlichen Folgekrankheiten verringert sich auch die Lebensqualität. Betroffene ziehen aufgrund der unerwünschten Gewichtszunahme einen The-

rapieabbruch in Erwägung. Im Gegensatz zum ärztlichen Dienst haben Pflegende einen anderen Zugang zu den Betroffenen, weil sie einen häufigeren Kontakt zu ihnen pflegen. Die Pflege hat die Aufgabe, den Individuen mit Empathie, Wertschätzung und Verständnis zu begegnen und sie mit Wissensvermittlung und Copingstrategien auszurüsten. Somit kann die Adhärenz und die Salutogenese unterstützt werden, um den bestmöglichen Therapieerfolg nachhaltig zu erzielen.

1.2 Begründung der Themenwahl

Eine der Autorinnen absolvierte ein Praktikum in einer psychiatrischen Tagesklinik. Dort betreute sie einen 30-jährigen Patienten, welcher die medikamentöse Therapie mit Clozapin schon mehrfach von sich aus absetzte. Grund dafür war die Gewichtszunahme. Einmal wöchentlich fand ein Einzelsetting mit dem Patienten statt, in welchem das aktuelle Befinden besprochen und Ziele für die kommende Woche gemeinsam definiert wurden. Schnell fiel der Pflegefachfrau in Ausbildung auf, dass ein Wissensdefizit im Bereich der Möglichkeiten zum Gewichtsmanagement bestand. Sie erkundigte sich im Team nach gezielten Interventionen, die sie in den Einzelsettings mit dem Patienten durchführen könnte, um das Gewicht zu stabilisieren. Es bestehe die Möglichkeit den Patienten für möglichst viele Bewegungstherapien anzumelden. Diese Antwort war für die Pflegende hilfreich aber nicht ausreichend. Nach einer Internetrecherche stellte sie fest, dass die teilweise sehr belastende und risikoreiche Gewichtszunahme weltweit bekannt ist. Aufgrund dieser Geschehnisse entschieden sich die Autorinnen eine empirische Suche nach geeigneten pflegerischen Interventionen zu starten.

Der ärztliche Dienst ist primär für die Edukation und Aufklärung möglicher Nebenwirkungen der antipsychotischen Medikation zuständig. Da die Pflege die Patienten und Patientinnen je nach Einrichtung bis zu 24 Stunden am Tag betreut, kann der Beziehungsaufbau gut erfolgen und die Pflegenden werden somit zur primären Ansprechperson in Bezug auf diverse Gegebenheiten wie zum Beispiel im Umgang mit den medikamentösen Nebenwirkungen. Sie sind das verbindende Glied zwischen ärztlichem Dienst und Erkrankten und tragen einen wertvollen Beitrag in der Betreuung und Genesung der Individuen bei. Deshalb ist es von eminenter Wichtigkeit, dass die Pflege hinsichtlich dieser Begebenheiten ausreichend geschult wird.

1.3 Fragestellung und Zielsetzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, pflegerische Interventionen zur Unterstützung des Gewichtmanagements von Schizophrenie-Betroffenen aufzuzeigen, die durch die Antipsychotika-Therapie ungewollt an Gewicht zunehmen.

Um dieses Ziel zu erreichen hat sich folgende Fragestellung ergeben:

Inwiefern werden in der Literatur **pflegerische Interventionen** im **psychiatrischen Setting** beschrieben, welche **Individuen mit Schizophrenie** beim **Management der antipsychotikabedingten Gewichtszunahme** unterstützen?

2. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund dient als Grundlage zum Verständnis der vorliegenden Arbeit und des Ergebnisteils.

2.1 Zentrale Begriffe

Im folgenden Abschnitt werden zentrale Begriffe, welche für die Fragestellung dieser Literaturlarbeit relevant sind, definiert und erläutert. Zusätzliche Begriffe werden im Glossar (Anhang B) erklärt.

2.1.1 Schizophrenie

Die Schizophrenie wird der Gruppe der Psychosen untergeordnet und wird als Oberbegriff für psychische Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität verwendet (Benkert & Hippus, 2012). Unterschieden werden zwischen der paranoiden-halluzinatorischen Schizophrenie, der katatonen Schizophrenie und der hebephrenen Schizophrenie. (Kircher & Gauggel, 2007) Gemäss Bondy (2008) sind die Ursachen weitgehend unbekannt. Genetische Faktoren, Einflüsse von Neurotransmittern oder psychosoziale Aspekte werden diskutiert (Lambert & Naber, 2009). Man nimmt an, dass bei einer Schizophrenie ein Dopamin-Überschuss vorliegt (Benkert & Hippus, 2012). Ein übermässiger Drogenkonsum vor allem von Cannabis oder häufige Stresssituationen können desgleichen ein erhöhtes Risiko bedeuten (Pfeifer, 2005).

Gemäss Benkert und Hippus (2012) leiden Erkrankte unter Gedankenlautwerden, Wahnvorstellungen, Störungen des Denkens und Ich-Störungen. Bei einer Ich-Störung erleben Erkrankte sich als unwirklich und fremd gegenüber ihrer Umwelt. Oftmals zeigt sich ein gestörtes Verhältnis zur Realität und Halluzinationen können auftreten. Ebenfalls können psychopathologisch Stimmen vorkommen, welche in der dritten Person den Betroffenen kommentieren oder ihm Befehle geben. (Gassmann, Marschall, & Utschakowski, 2006)

Gemäss Roder und Müller (2013) tritt oft ein Rückzug vom sozialen Umfeld, leichte Irritierbarkeit und eine Abnahme der Leistungsfähigkeit auf. Verängstigung und Verunsicherungen gegenüber sich selbst belasten die Erkrankten (Häfner, 2017). Cheng, Sun und Yeh (2017) präsentieren, dass die Mortalitätsrate von Schizophrenie-Erkrankten zwei bis dreimal höher als bei gesunden Menschen liegt. Gleichermassen ist ihre Lebenserwartung bis zu 20 % tiefer (Cheng et al., 2017).

Die akute Phase einer schizophrenen Störung kann Wochen bis Monate dauern und danach wieder abklingen. Bei 1/3 der Erkrankten bleiben bestimmte Symptome dauerhaft bestehen und es entwickelt sich eine chronifizierte Schizophrenie. Dies beinhaltet vor allem die Negativsymptome wie mangelnder Antrieb, depressive Verstimmung, Gefühlsarmut und Konzentrationsstörungen. (Huch & Jürgens, 2015)

Als Behandlungsansätze werden Psychopharmaka, Psychotherapie und Soziotherapie angewendet (Leucht, 2007).

2.1.2 Antipsychotika/Neuroleptika

Antipsychotika werden vorwiegend bei Schizophrenie und bipolaren Störungen eingesetzt. Weiter können Antipsychotika bei Zwangserkrankungen, Delirien, Manien und Schmerzsyndromen angewendet werden. Sie gehören zur Gruppe der Psychopharmaka, welche durch ihre dämpfende und antipsychotische Wirkung bei Psychosen eingesetzt werden. (Benkert & Hippus, 2012)

Antipsychotika blockieren die Aufnahme des Dopamins über Dopaminrezeptoren und vermindern damit die Aktivität derjenigen Nervenzellen, die Dopamin zur Informationsübertragung nutzen (Schmid, Strub & Studer, 2011).

Antipsychotika können in zwei Gruppen aufgeteilt werden. Es wird zwischen den typischen (1. Generation) und den atypischen (2. Generation) Neuroleptika unterschieden. Die typischen Neuroleptika lassen sich in hoch-, mittel- und in niedrigpotente Antipsychotika einteilen. Hochpotente Antipsychotika wirken stark antipsychotisch und wenig sedierend während niedrigpotente Antipsychotika gegenteilig wirken. Mittelpotente Neuroleptika haben eine mittelstarke antipsychotische und sedierende Wirkung. Zur ersten Generation gehören unter anderem Haldol, Clopixol und Truxal. Risperdal, Zyprexa und Solian werden den atypischen Neuroleptika untergeordnet. (Leucht, 2007)

Leider sind Neuroleptika mit vielen Nebenwirkungen verbunden. Die Nebenwirkungen lassen sich in drei Gruppen aufteilen. Zum einen treten häufig extrapyramidalmotorische Symptome (EPS) auf (Schäfer & Rüter, 2004). Bei Auftreten von EPS können sich Frühdyskinesien, ein arzneimittelbedingtes Parkinson-Syndrom, eine Akathisie oder Spätdyskinesien zeigen (Schmid et al., 2011). EPS tritt bei den atypischen Neuroleptika seltener auf als bei den typischen (Widmer, 2018).

Zusätzlich können vegetative und hormonelle Störungen auftreten. Dazu gehören Xerostomie, Amenorrhoe, Somnolenz-Zustände und Gewichtszunahme. Die atypischen Neuroleptika führen häufiger zur Gewichtszunahme. (Schmid et al., 2011)

Durch die Gewichtszunahme steigt das Risiko einer Diabeteserkrankung oder einer kardiovaskulären Erkrankung (Kircher & Gauggel, 2007). Durch die Nebenwirkungen sinkt die Lebensqualität der Betroffenen (Cheng et al., 2017).

Gemäss Schmid et al. (2011) ist der Grundbaustein einer erfolgreichen Therapie die konsequente Einnahme der verordneten Medikation.

2.1.3 Gewichtszunahme

Laut Schmid et al. (2011) gilt die Gewichtszunahme als eine häufige unerwünschte Nebenwirkung bei der medikamentösen Behandlung mit Antipsychotika. Betroffene nehmen durch einen gesteigerten Appetit und hormonelle Wirkungen ungewollt an Gewicht zu (Lambert & Naber, 2009).

Menschen mit Schizophrenie sind einer ungewollten Gewichtszunahme besonders stark ausgesetzt, da Betroffene häufig inaktiver sind und einen ungesünderen Lebensstil als die Allgemeinbevölkerung haben (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003). Durch die Gewichtszunahme steigt das Risiko einer Diabeteserkrankung oder einer kardiovaskulären Erkrankung (Cheng et al., 2017).

2.1.4 Psychiatrisches Setting

Menschen mit psychischen Störungen werden in diversen stationären und ambulanten Einrichtungen betreut. Dabei spielen psychiatrische Kliniken, Rehabilitationszentren, betreute Wohngruppen und Spitäler eine wichtige Rolle. Um einen Therapieerfolg zu ermöglichen ist eine professionelle Beziehung zwischen Pflegefachpersonal und Erkrankten zu erwähnen. In Gesprächen wird regelmässig über das aktuelle Befinden der Betroffenen gesprochen. (Schewior-Popp et al., 2012)

2.1.5 Pflegefachpersonal

In der Schweiz werden diverse Ausbildungen im Pflegebereich angeboten. Die Zulassungsbedingungen und die Dauer dazu variieren. Auf der Sekundarstufe II kann nach einer dreijährigen Lehre das eidgenössische Fähigkeitszeugnis als Fachfrau oder Fachmann Gesundheit erworben werden. Mit dem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis kann an der Höheren Fachschule (HF) auf Tertiärstufe das Diplom zur diplomierten

Pflegefachperson HF erlangt werden. Gleichermassen kann mit einem Maturaabschluss (Gymnasium oder Berufsmaturität) der Bachelor und der Master an einer Fachhochschule (FH) absolviert werden. (SBK-Bildung, 2019)

In dieser Bachelorarbeit wird unter dem Begriff Pflegefachpersonal das diplomierte Pflegefachpersonal auf der Tertiärstufe HF bzw. FH verstanden. Diese Ausbildungen sind mindestens notwendig, um die Interventionen dieser Bachelorarbeit auszuführen. Ebenfalls wird die APN (Advanced Practice Nurse) erwähnt. Dazu wird ein Master of Science (MSc) mit einem APN-Profil und einer Praxisbefähigung benötigt (SBK-Bildung, 2019).

2.2 Therapieformen

In diesem Kapitel werden die Therapieformen erläutert, welche aus den bearbeiteten Studien einhergehen.

2.2.1 Beratung und Psychotherapie

In der klinischen Psychologie versteht man unter psychologischer Beratung ein fundiertes Vorgehen, das als Ziel die Beseitigung von persönlichen oder sozialen Problemen hat. Wissenschaftliche Theorien über das Erleben und Verhalten des Menschen dienen dabei als Grundlage. (Altenthan et al., 2013)

Unter Psychotherapie werden alle psychologischen, wissenschaftlich fundierten Techniken und Verfahrensweisen verstanden, mit denen versucht wird, psychische Störungen, psychische Aspekte körperlicher Erkrankungen sowie psychische Krisen zu lindern oder zu heilen. Es braucht eine qualifizierte psychotherapeutische Zusatzausbildung sowie die rechtliche Befugnis durch das Gesundheitsamt zur Ausübung von Psychotherapie. (Altenthan et al., 2013)

2.2.2 Psychoedukation

Die Psychoedukation ist eine Therapieform, welche das Verständnis der eigenen Krankheit fördern soll. Das Verständnis der eigenen Krankheit ist die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. (D'Amelio et al., 2007)

Die Psychoedukation wird meist in den psychiatrischen Bereichen eingesetzt. Sie umfasst systematische, didaktische-psychotherapeutische Interventionen, welche Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige über die Krankheit und deren Behandlung informieren. Dabei spielen vor allem die Krankheitseinsicht, die Förderung des

selbstverantwortlichen Umgangs mit der eigenen Krankheit und die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle. (Bäumli & Pitschel-Walz, 2018)

Die Psychoedukation hat eine Verbesserung des Informationsstandes bezüglich der Diagnose, der Ursachen und den Behandlungsmöglichkeiten zum Ziel. Weiter soll damit eine kompetente Mitentscheidung bezüglich des Behandlungsverlaufs erreicht werden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Psychoedukation die Verbesserung der Fähigkeiten zur Krisenbewältigung, eine erhöhte Selbstwirksamkeit und den Gewinn von Sicherheit im Umgang mit der Krankheit mit sich bringen wird und sich dadurch die Lebensqualität verbessert. (Klimitz, 2006)

2.2.3 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist der Psychotherapie untergeordnet. Sie basiert auf dem Prinzip, dass ungünstige Verhaltensweisen, welche in der Vergangenheit erlernt wurden, wieder verlernt werden können und sich diese in angepasste Verhaltensmuster verändern lassen. Die Patienten und Patientinnen beteiligen sich aktiv an ihrem Heilungsprozess. Dabei üben sie neue Verhaltensweisen ein, indem sie Konfrontationsverfahren, Achtsamkeitsübungen und Entspannungsverfahren anwenden. (T. Lincoln, 2014)

Das Ziel der Verhaltenstherapie ist es, die Eigenständigkeit und die Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu fördern. Der Abbau des unerwünschten Verhaltens und der Aufbau des erwünschten Verhaltens steht im Vordergrund. Dabei steht die Hilfe zur Selbsthilfe im Mittelpunkt der Behandlung. (Margraf, 2003)

2.2.4 Lebensstil-Interventionen

Lebensstil-Interventionen haben als Ziel den eigenen Lebensstil zu verbessern. Mit diesen Interventionen soll sich das Risiko, an einer kardiovaskulären Krankheit zu erkranken, vermindern. (Green et al., 2014)

Lebensstil-Interventionen beinhalten eine Mischung aus Sportprogrammen, Ernährungsprogrammen, kognitiv verhaltensbasierten Interventionen und Psychoedukation (Littrell et al., 2003). Die Studie von Cheng et al. (2017) veranschaulicht, dass Lebensstil-Interventionen psychische Symptome lindern können.

2.3 Modelle

Nachfolgend werden zwei Modelle erwähnt, welche für diese Bachelorarbeit eine Rolle spielen.

2.3.1 Persönlichkeitsentwicklung von Erik H. Erikson

Gemäss Altenthan et al. (2013) wird unter Entwicklung eine zielgerichtete Reihe von miteinander zusammenhängenden Veränderungen des Erlebens und Verhaltens im Laufe des Lebens verstanden.

Laut der formulierten Theorie der Persönlichkeitsentwicklung von Erik H. Erikson verläuft die Entwicklung in insgesamt acht Stufen, deren Reihenfolge durch genetisch bedingte Entwicklungsprogramme festgelegt ist. Auf allen Stufen muss der Mensch bestimmte Krisen respektive Konflikte bewältigen. (Altenthan et al., 2013)

Für die vorliegende Arbeit sind die Stufen ab dem Jugend- und Adoleszentenalter bis hin zum Erwachsenenalter relevant. Deshalb werden die Aufgaben der fünften bis zur siebten Stufe folgend tabellarisch (Tabelle 1) aufgeführt.

Tabelle 1

Entwicklungsstufen nach Erikson (eigene Darstellung in Anlehnung an Altenthan et al., 2013)

Stufe	Alter	Aufgabe
5	Jugend & Adoleszenz	Identität gegen Rollenkonfusion
6	Junges Erwachsenenalter	Intimität gegen Isolierung
7	Erwachsenenalter	Generativität gegen Stagnation

In der fünften Stufe liegt die Bemühung sein eigenes Ich zu definieren im Vordergrund.

Um nicht in eine Isolierung zu geraten steht in der sechsten Stufe das eigene Sein in Verbindung mit dem geliebten Partner im Vordergrund. Es beinhaltet also die Bereitschaft und Fähigkeit beständige Bindungen einzugehen und die damit verbundenen Verpflichtungen zu übernehmen. Im Lebensabschnitt des Erwachsenenalters steht das Versorgen anderer im Vordergrund. (Altenthan et al., 2013)

2.3.2 Salutogenese

Der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aron Antonovsky entwickelte 1997 das Modell der Salutogenese. Dieser Ansatz setzt die Gesundheit ins Zentrum und die Pathogenese in den Hintergrund. Im Mittelpunkt von Antonovskys Forschung steht die Fragestellung, weshalb es Menschen gelingt, trotz schwierigster Lebensumstände gesund zu

bleiben. Die salutogenetische Orientierung hinterfragt die Geschichte und die Lebensumstände einer Person. Sie versucht die individuellen Stärken des Einzelnen zu entdecken und strebt nach einem tiefergehenden Verständnis vom menschlichen Leben.

(Noack, 2014)

Zentrale Faktoren der Salutogenese sind das Kohärenzgefühl und die generalisierten Wissensressourcen. Das Kohärenzgefühl bedeutet im Konzept der Salutogenese die umfassende subjektive Orientierung zur Lebensbewältigung, welche vor allem im Kindes- und Jugendalter erworben wird und die Lebenseinstellung dauerhaft prägt. Betroffene sollen Zusammenhänge des Lebens verstehen, Schwierigkeiten als sinnvolle Herausforderung betrachten und daraus Kraft schöpfen. Die generalisierten Widerstandressourcen sind in körperliche, psychische, interpersonale, soziokulturelle und materielle Bereiche aufgeteilt. Es geht dabei von der Immunkompetenz des Körpers gegen Krankheitserreger und Stressoren, über Gesundheitswissen und präventive Einstellung, sozialer Integration bis hin zur Sicherung von Schutz, Ernährung und Wohnung. (Pschyrembel, 2017)

3. Methodik

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der systematisierten Literaturrecherche und die Auswahl der gesichteten Studien beschrieben. Zusätzlich werden Vorgehensweise und Instrumente der kritischen Beurteilung beschrieben.

3.1 Literaturrecherche

Als Einstieg in die Thematik fand eine orientierende Literaturrecherche im Bibliothekskatalog der Schweiz statt. Die Suche nach wissenschaftlichen Artikeln wurde in der Internet-Suchmaschine «Google-Scholar» durchgeführt. Die gefundene Literatur sowie einzelne Studien dienten als Basiswissen in der Einleitung, bei den theoretischen Grundlagen sowie ergänzend im Diskussionsteil.

Die Bachelorarbeit gestaltet sich als Literaturreview. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde zwischen Juli 2019 und Januar 2020 eine systematisierte Literaturrecherche in den berufsspezifischen Datenbanken CINAHL Complete, Pubmed und PsycINFO durchgeführt. Die Suche in den Datenbanken erfolgt mittels den in Tabelle 2 aufgeführten englischen Keywords. Die Schlagwörter wurden als Freitext oder Medical Subject Headings (MeSH-Terms) eingegeben. Zur Verknüpfung der Keywords wurden die Booleschen Operatoren “AND”, “NOT“ und “OR“ angewendet.

Tabelle 2

Keywords und Schlagwörter (eigene Darstellung)

	Keyword Deutsch	Synonyme Deutsch	Keyword Englisch	Schlagwörter/ Thesaurus
Population	Schizophrenie	psychische Erkrankung, Bewusstseinsstörung, Bewusstseinsspaltung, Geisteskrankheit, Depersonalisation	schizophrenia, schizophrenic disorder, mental illness, mental disease	CINAHL Heading: Schizophrenia, mental disorders MeSH-Terms: schizophrenia, schizophrenia/therapy, mental disorder
Phänomen	Gewichtszunahme	ansetzen, Gewicht zunehmen, in die Breite gehen, Fettleibigkeit	weight gain, weight increase, obesity	CINAHL Heading: Obesity, weight gain MeSH-Terms: weight, gain, obesity
Phänomen	Antipsychotika	Antipsychotikum, Neuroleptikum	antipsychotic, major tranquilizers, neuroleptic drugs	CINAHL Heading: Antipsychotic agents MeSH-Terms: antipsychotic

	Keyword Deutsch	Synonyme Deutsch	Keyword Englisch	Schlagwörter/The-saurus
Intervention	Pflegerische Intervention	Einflussnahme, Empfehlung, Angebot, Plan, Anregung	nursing intervention, plan, psychoeducation, behavioral, exercise	CINAHL Heading: exercise MeSH-Terms: intervention, exercise
Setting	Psychiatrie	Nervenheilstation, Nervenambulanz, Psychoklinik	psychiatry, psychiatric hospital, clinic for nervous diseases	CINAHL Heading: psychiatry MeSH-Terms: psychiatry
Setting	Pflegefachperson	Krankenschwester, Betreuung, Pflegefachfrau, Pflegefachmann	nurse, caregivers, nursing staff, mental health nurse	CINAHL Heading: Nurse's Role MeSH-Terms: nurse, nurs*, nursing

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die gefundenen Treffer wurden anhand der Titel aufgrund ihrer Relevanz beurteilt. Bei den relevanten Titeln wurden die Abstracts gelesen und aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 3) für die Bearbeitung der Fragestellung ein-/ beziehungsweise ausgeschlossen.

Tabelle 3

Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Pflegerische Interventionen	Ärztliche oder medikamentöse Interventionen	Um die pflegerische Relevanz gewährleisten zu können
Schizophrenie	andere psychische Erkrankungen	Um sich auf ein spezifisches Krankheitsbild zu fokussieren (Themeneingrenzung)
Psychiatrische Einrichtungen (stationär/ambulant)	Akutspital, Langzeitpflege, Spitex	Aufgrund der Fragestellung werden nur Studien in psychiatrischen Einrichtungen miteinbezogen
Adoleszenz, Erwachsene	Kinder	Aufgrund unterschiedlicher Pathologien zwischen Kindern und Erwachsenen werden Kinder ausgeschlossen.

Zur Einschränkung der Suchergebnisse wurden in den Datenbanken folgende Limitationen eingegeben:

- Studien, welche nicht älter als zehn Jahre sind, um die Aktualität des Inhaltes zu berücksichtigen.
- Studien, welche in deutscher oder englischer Sprache verfasst wurden, um die Verständlichkeit zu ermöglichen.
- Magazine wurden von der Suche ausgeschlossen, da sie keine evidenzbasierten Quellen sind.

3.3 Flow-Chart zum Suchverlauf

Im Folgenden wird mittels eines Flow-Charts (Abbildung 1) die Suchstrategie und die erfolgte Auswahl der evidenzbasierten Literatur hervorgehoben. Der vollständige Suchverlauf der Studien ist im Anhang A aufgeführt.

Im Flow-Chart ist ersichtlich, dass aus 193 gefundenen Studien unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien, der Titelsichtung und der Abstraktsichtung 175 Studien ausgeschlossen wurden. 18 Studien blieben übrig und davon mussten während der Volltextsichtung elf Studien ausgeschlossen werden. Grund dafür war, dass bei mehreren Studien nicht explizit erwähnt wurde, dass die Intervention durch die Pflege durchgeführt wird. Es war anzunehmen, dass die Intervention durch Pfleger durchgeführt werden könnte, musste aber aufgrund der nicht expliziten Nennung ausgeschlossen werden. Ein weiterer Grund dafür war, dass die Intervention doch durch eine andere Profession als im Abstract ursprünglich genannt, durchgeführt wurde. Ebenfalls fanden wir Studien, von welchen der Volltext nicht erhältlich war. Einige Studien, welche in der Volltextsichtung ausgeschlossen werden mussten, konnten als Basiswissen in der Einleitung, im theoretischen Hintergrund und in der Diskussion gut inkludiert werden.

Nach der Volltextsichtung der Studien wurden sieben Studien als relevant erachtet und für die Bearbeitung dieser Bachelorarbeit eingeschlossen.

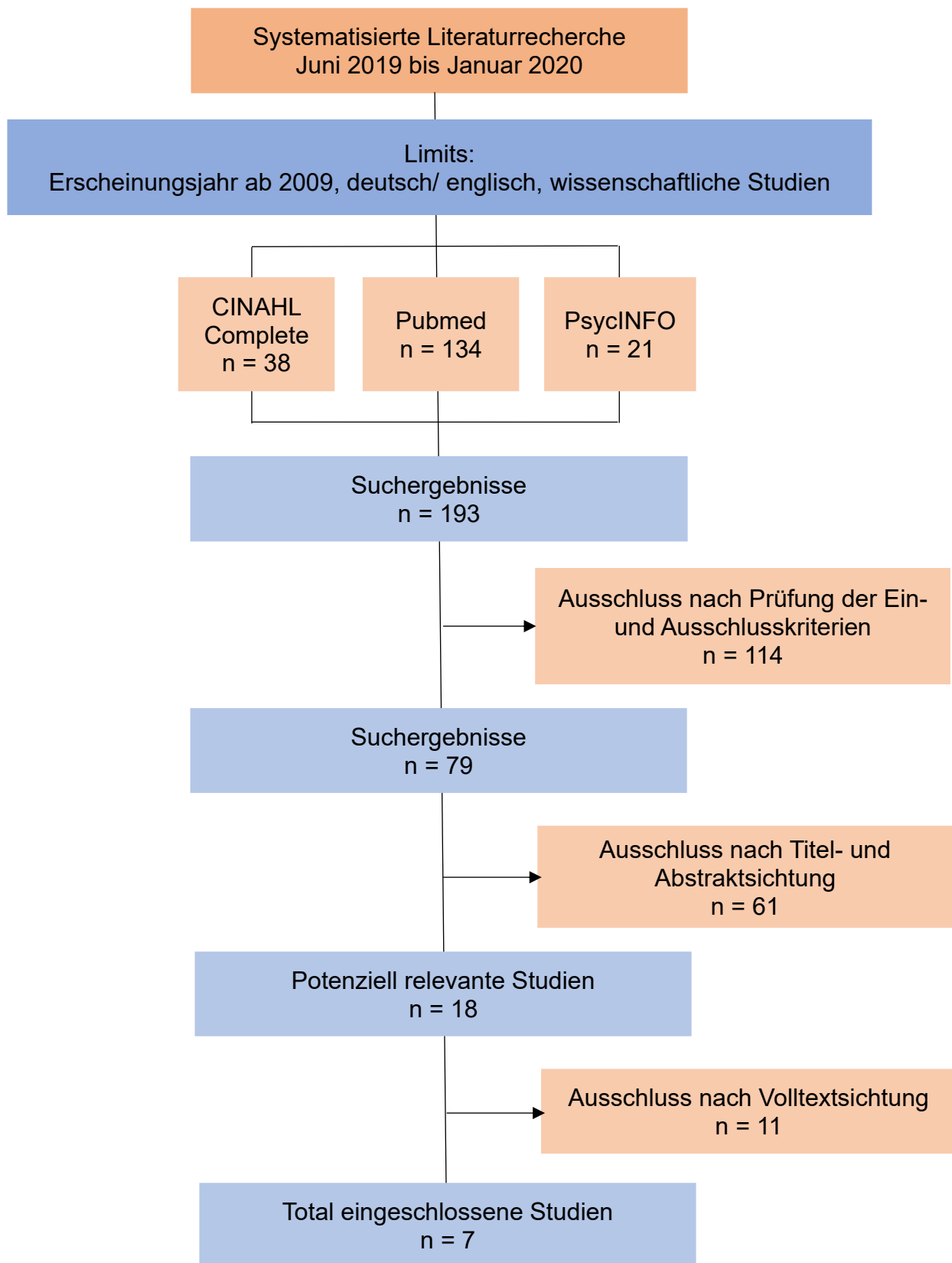


Abbildung 1 Flow-Chart zur Literaturrecherche (n=Anzahl Studien)

3.4 Instrumente zur kritischen Beurteilung der Studien

Die gefundene Literatur wurde anhand des Arbeitsinstruments Critical Appraisal (AICA) von Preusse-Bleuler & Ris (2015) mittels Leitfragen inhaltlich zusammengefasst, gewürdigt und auf deren Güte beurteilt. Das AICA-Modell von Preusse-Bleuler & Ris (2015) basiert auf Sets von Gütekriterien, welche von Lincoln & Guba (1985) zitiert nach (Preusse-Bleuler & Ris, 2015) für qualitative Studien sowie von Bartholomeyczik, Linhart, Mayer & Mayer (2008), zitiert nach (Preusse-Bleuler & Ris, 2015) für quantitative Studien definiert wurden. Das Evidenzlevel der Studien wird anhand der 6S Pyramide von DiCenso, Bayle & Haynes (2009) eingeschätzt. Die 6S Pyramide befindet sich im Anhang C.

4. Ergebnisse

Bis zum heutigen Zeitpunkt existieren diverse Studien, um die Gewichtszunahme mit geeigneten Medikamenten möglichst zu vermeiden oder zu verringern. Aus der Literatur geht jedoch hervor, dass diese Methode riskanter als die nichtmedikamentöse, aufgrund möglicher Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente ist. Die Durchführung von nicht medikamentösen pflegerischen Interventionen ist sicherer und auch effektiver, allerdings bisher noch unerforschter.

Im folgenden Literaturreview werden sechs quantitative und eine qualitative Studie bearbeitet. Vier Studien stammen aus Australien, eine aus Italien, eine aus Brasilien und eine aus Grossbritannien. Vier der Studien befassten sich mit der Edukation. Die Studie von Usher, Park, Foster & Buettner (2012) kombinierte Edukation mit sportlicher Aktivität. Die qualitative Studie von Watkins et al. (2019) befasste sich mit den gesammelten Erfahrungen von Teilnehmenden aus der quantitativen Studie von Curtis et al. (2016), wobei es um eine Lebensstil-Intervention geht.

Die Studien wurden zwischen 2010 und 2019 in pflegerischen und psychiatrischen Fachzeitschriften veröffentlicht. Die Studien unterschieden sich stark in der Teilnehmeranzahl. Die grösste Beteiligtezahl hatte die Studie von Attux et al. (2013) mit einer Stichprobe von 160. Die kleinste Stichprobe wies die qualitative Studie von Watkins et al. (2019) mit 11 Teilnehmenden auf. Vier der quantitativen Studien arbeiteten mit Kontrollgruppen. Die Studie von Fraser, Brown, Whiteford & Burton (2018) und die qualitative Studie von Watkins et al. (2019) benötigten keine Kontrollgruppe, da sie zum einen nur den positiven Effekt der Intervention und zum anderen die Erfahrungen der Teilnehmenden aufzeigen wollten.

Bei der Analyse der Resultate wurde der Schwerpunkt auf die Prüfung der Wirksamkeit der pflegerischen Interventionen gelegt.

In der Tabelle 4 folgt eine zusammenfassende Übersicht der ausgewählten Studien. Im folgenden Kapitel werden die gewählten Studien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die detaillierten Zusammenfassungen und Würdigungen mit Hilfe des AICA-Rasters sowie die Beurteilung der Güte und des Evidenzlevels befinden sich im Anhang E.

4.1 Tabellarischer Überblick der Studien

Folgende Tabelle zeigt die ausgewählten Studien.

Tabelle 4

Tabellarischer Überblick der Studien (eigene Darstellung)

Referenz, Land	Thema/Ziel	Design	Sample	Kernaussage	Evidenzlevel
Magni et al. (2017) Superwellness Program: a cognitive-behavioral therapy-based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsychotic drugs. (Italien)	Das Ziel war die Analyse der Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapie basierten Intervention (CBT) auf die Gewichtszunahme im Vergleich zu einem "Treatment as usual (TAU)"	Quantitativ	n= 85 An Schizophrenie leidende Personen zwischen 18 und 65 Jahren mit einem BMI (Body-Mass-Index) von über 25 kg/m ² CBT-Gruppe (n=59) TAU-Gruppe (n=26)	Die Studie zeigte eine zeiteffiziente und kostengünstige pflegerische Intervention auf, die zu Beginn jeder Behandlung mit Antipsychotika empfohlen werden soll.	6
Usher et al. (2012) A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics. (Australien)	Das Ziel der Studie war es, den Effekt einer pflegerischen Intervention der Gewichtszunahme bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, welche atypische Antipsychotika zu sich nehmen, zu prüfen.	Quantitativ	n= 101 über 18 Jahre alt, schwere psychischen Erkrankung (Schizophrenie, bipolare/andere psychische Störung), aktuell nicht psychotisch, atypische Antipsychotika-Therapie, englischsprachig, in North Queensland lebend Interventionsgruppe (n=50) Kontrollgruppe (n=51)	Einzel- oder Gruppenlebensstil-Interventionen trugen einen bescheidenen Gewichtsverlust während der Behandlung mit atypischen Antipsychotika bei. Essentiell waren der gesunde Lebensstil, die regelmässige sportliche Aktivität und die motivierende Gesprächsführung.	6
Iglesias-García, Toimil-Iglesias & Alonso-Villa (2010) Pilot study of the efficacy of an educational programme to reduce weight, on overweight and obese patients with chronic stable schizophrenia. (Grossbritannien)	Das Ziel war es, den Effekt eines strukturierten Edukationsprogrammes in Zusammenhang mit der Gewichtsabnahme, bei chronischen Schizophrenie-Betroffenen unter antipsychotischer Therapie zu testen	Quantitativ	n= 15 Schizophrenie-Betroffene, über 18 Jahre alt, mit BMI > 27, antipsychotische Therapie und mind. 2 Jahre stabile Symptome Interventionsgruppe (n=8) Kontrollgruppe (n=7)	Verhaltensinterventionen waren nicht mehr so effektiv, wenn erst in einem späten Stadium der Schizophrenie begonnen wird.	6

Referenz, Land	Thema/Ziel	Design	Sample	Kernaussage	Evidenzlevel
Attux et al. (2013) A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia. (Brasilien)	Das Ziel dieser Studie war es, den Effekt eines 12-wöchigen Gruppen-Lebensstil-Wellness-Programms (LWP) für das Gewichtsmanagement bei Individuen mit Schizophrenie zu testen.	Quantitativ	n= 160 Schizophrenie, 18-65-jährig, ambulante und antipsychotische Therapie, klinisch stabil, motiviert zur Gewichtsabnahme Interventionsgruppe (n=81) Kontrollgruppe (n=79)	Lebensstil-Interventionen könnten langfristige Strategien sein, um die Tendenz der Gewichtszunahme zu vermeiden. Die Kosten dieser Intervention fielen gering aus und sie sind sicherer als medikamentöse Interventionen.	6
Fraser et al. (2018) Impact of nurse-led behavioural counselling to improve metabolic health and physical activity among adults with mental illness. (Australien)	Das Ziel war es, die Wirksamkeit von einem pflegerischen Beratungsprogramm für ambulante, psychisch Erkrankte bezüglich einer Verbesserung der metabolischen Gesundheit und ihres Sportverhaltens zu evaluieren.	Quantitativ	n= 27 Psychisch Erkrankte, 18-75-jährig, antipsychotische Therapie, in ambulanter Therapie	Das 19-wöchige Beratungsprogramm konnte einen positiven Effekt auf die physische und psychische Gesundheit von Betroffenen bewirken. Die Forschenden erwähnten, dass die Pflege ihr Wissen bezüglich Gewichtsmanagement erweitern muss.	6
Curtis et al. (2016) Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. (Australien)	Das Ziel der Studie war es, die Effektivität der "Keeping your body in mind (KBIM)" - Intervention zu prüfen. Dabei handelte es sich um eine ganzheitliche individualisierte Lebensstil-Intervention mit Erarbeitung von Skills.	Quantitativ	n= 53 Erstpsychose (schizoaffektive Störung, bipolar-affektive Störung, Depression mit psychotischen Inhalten, 14-25-jährig, zu Beginn ihrer Behandlung mit Antipsychotika KBIM-Gruppe (n=26) Standardgruppe (n=23)	Die Studie zeigte, dass die Gewichtszunahme mit der KBIM-Intervention nicht verhindert, aber auf jeden Fall abgeschwächt werden konnte.	6
Watkins et al. (2019), Keeping the body in mind: A qualitative analysis of the experiences of people experiencing first-episode psychosis participating in a lifestyle intervention programme. (Australien)	Das Ziel dieser Studie war es, die persönlichen Erfahrungen der KBIM-Teilnehmenden aus der Studie von Curtis et al. (2016) zu untersuchen.	Qualitativ	n= 11 Teilnehmende der KBIM-Intervention. Alter: 18-25-jährig, Erstpsychose, antipsychotische Therapie, Englischkenntnisse	Mit der Intervention konnte nicht nur das Gewicht und somit die körperliche Gesundheit stabilisiert werden, sondern auch das Selbstvertrauen und die Motivation auf das Leben. Bemerkenswert dabei war, dass die Veränderungen nachhaltig waren.	6

4.2 Studienergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Studien zusammengefasst und gewürdigt.

4.2.1 Superwellness Program: a cognitive-behavioral therapy-based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsychotic drug (Magni et al., 2017)

Die Studie hatte die Analyse der Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapie basierten Intervention (CBT-Intervention) auf die Gewichtszunahme im Vergleich zu einem "Treatment as usual (TAU, Standardbehandlung)" in fünf psychiatrischen und psychosozialen Rehabilitationszentren in Italien zum Ziel.

Zur Population gehörten 85 übergewichtige Schizophrenie-Betroffene, welche sich mit Antipsychotika behandeln liessen. 59 Patienten und Patientinnen wurden der Interventionsgruppe (CBT-Gruppe) zugeteilt und 26 der Kontrollgruppe (TAU-Gruppe). Das Programm beinhaltete eine 32-wöchige einstündige Sitzung mit einer Fachperson des psychologischen Dienstes und einer Fachperson aus der Ernährungsberatung oder einer spezialisierten Pflegefachperson.

Die CBT-Intervention setzte sich aus vier verschiedenen Aspekten zusammen:

- Psychoedukation zum Thema Ernährung: dabei erhielten die Teilnehmenden Informationen zur Nahrungsmittelpyramide und Empfehlungen zur erfolgreichen kalorienreduzierten Diät.
- Kognitive Aspekte: Hinweis auf falsche Überzeugungen des Essverhaltens.
- Emotionale Aspekte: Selbstbeobachtung des Essverhaltens mit Diättagebuch.
- Verhaltenstechnische Aspekte: den Teilnehmenden wurden Verhaltensänderungen gezeigt, wie sie eine gewünschte Nahrungsaufnahme zwischen den Mahlzeiten verhindern können. Ebenfalls wurden Skills erarbeitet, welche in solchen Situationen angewendet werden können.

Zu Beginn, nach 16 Wochen und nach 6 Monaten wurden Gewichtskontrollen, Taillenumfangmessungen, Blutkontrollen und klinische Assessments durchgeführt.

Die Resultate zeigten, dass sich nach 16 Wochen Behandlung der Body-Mass-Index (BMI) der CBT-Gruppe signifikant um 1.9 % (p -Wert = 0.021) verminderte, wobei sich

der BMI der TAU-Gruppe um 0.6 % erhöhte. Die Studie konnte signifikante Ergebnisse bezüglich des BMI's präsentieren. Die Studienergebnisse wiesen darauf hin, dass Männer im Superwellness-Programm mehr Gewicht verloren haben als Frauen. Weiter konnte aufgezeigt werden, dass je länger die Erkrankung bereits bestand, desto weniger effektiv war die Intervention. Desgleichen zeigte sich, dass durch die Senkung des Cholesterinspiegels, des Triglyceridspiegels und des Taillenumfangs das Risiko einer kardiovaskulären Erkrankung sank. Die Ergebnisse der Studie belegten, dass die CBT-Intervention eine zeiteffiziente und kostengünstige pflegerische Intervention ist, welche eine medikamentös induzierte Gewichtszunahme verhindern konnte.

Die Forschenden erläuterten, dass langfristige Effekte einer Gewichtsmanagement-Intervention auch die Adhärenz der Betroffenen, die Rückfallquote, die Rehospitalisationsrate und die soziale Isolation beeinflussen können. Da die Gewichtszunahme einer der Hauptgründe für eine ungenügende Adhärenz war, könnten somit auch Kosten reduziert werden.

Eine solche Intervention sollte zu Beginn jeder Psychopharmaka-Therapie eingesetzt werden. Allenfalls können auch Stigmatisierungen vermindert werden. Weiter kann aufgezeigt werden, dass nicht medikamentöse Interventionen effizienter sind als medikamentöse. Die Prävention von unerwünschter Gewichtszunahme kann vor medizinischer Komorbidität schützen. Die Intervention lässt sich optimal in den Pflegeprozess integrieren, da die Psychoedukation durch geschultes Pflegefachpersonal ausführbar ist.

4.2.2 A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics (Usher et al., 2012)

Das Ziel der Studie war es, den Effekt einer pflegerischen Intervention bezüglich der Gewichtszunahme bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, welche atypische Antipsychotika zu sich nahmen, zu prüfen.

Die Forschenden suchten mit ausgehängten Plakaten in lokalen psychiatrischen Institutionen und nicht-parlamentarischen Organisationen nach Studienteilnehmenden. Ebenfalls wurden Teilnehmende durch Mundpropaganda und Vorträge rekrutiert. 104 Personen haben sich auf die Ausschreibung gemeldet, wovon drei schlussendlich nicht teilnehmen konnten. Die Population bestand somit aus 101 psychisch Erkrankten (Schizophrenie, bipolare Störung und andere psychische Störungen), welche Antipsychotika zu sich nahmen, wobei die Interventionsgruppe (IG) 50 Personen und die Kontrollgruppe (KG) 51 Personen umfasste.

Die Studie wurde von einem Team aus erfahrenen Psychiatrie-Pflegefachpersonen durchgeführt, welche im Kontakt mit Fallmanagern und Fallmanagerinnen waren. Die Teilnehmenden der IG trafen sich über 12 Wochen für je eine Stunde pro Woche mit den Forschenden. Die Treffen beinhalteten Weiterbildung und Diskussion über ein Gesundheitsthema und die Fortschritte der Beteiligten. Während des Programms war es wichtig, dass Konsequenzen der Schizophrenie, besonders die mentalen Probleme, wie Konzentrationsschwierigkeiten und die Abnahme der Lebensqualität angesprochen wurden. Um das Lernen zu verbessern, wurden mit Hilfe von Bildern, beispielsweise Ernährungstipps an die Teilnehmenden kommuniziert. Nach der Edukation wurde ein 30-minütiges Sporttraining durchgeführt.

Zu Beginn und nach 12 Wochen wurden Gewicht, Grösse, Bauchumfang und die Laborwerte gemessen. Verschiedene Fragebögen und Messinstrumente wurden verwendet, um die mit der Intervention verbundenen Effekte bezüglich der Lebensqualität und den durch die Medikamente verursachten Nebenwirkungen besser zu verstehen. Zusätzlich wurde die Adhärenz gegenüber den Medikamenten gemessen und es wurde analysiert, inwieweit Patienten und Patientinnen den empfohlenen Dosen folgten. Mittels Fragebögen wurden die Adhärenz und die subjektive Empfindung zu den Nebenwirkungen der Medikamente erfragt.

Die IG verlor während der Intervention 0.74 kg, während die KG ihr Gewicht lediglich um 0.17 kg vermindern konnte. Bezüglich der Medikamente konnten je sieben Teilnehmende aus beiden Gruppen ihre Adhärenz verbessern. Hingegen zeigten bei der Nachverfolgung nach 12 Wochen acht Beteiligte aus der IG und sechs Beteiligte aus der KG eine verschlechterte Adhärenz. Die Studie konnte keine statistisch signifikanten Ergebnisse präsentieren.

Die Studie zeigte auf, dass Einzel- oder Gruppenlebensstil-Interventionen einen bescheidenen Gewichtsverlust während der Behandlung mit atypischen Antipsychotika hervorbringen können. Dabei spielten vor allem der gesunde Lebensstil, die regelmäßige sportliche Aktivität und die motivierende Gesprächsführung eine Rolle.

Abschliessend kann gesagt werden, dass eine Kombination diverser Interventionen einen positiven Effekt auf das Gewichtsmanagement haben kann. Obwohl die Resultate nicht signifikant waren, kann empfohlen werden, dass die motivierende Gesprächsführung mehr als nur einmal wöchentlich angewendet werden sollte.

Pflegefachpersonen in der Psychiatrie müssen ihr Wissen bezüglich der medikamentös induzierten Gewichtszunahme erweitern, um die Betroffenen besser unterstützen zu können.

4.2.3 Pilot study of the efficacy of an educational programme to reduce weight, on overweight and obese patients with chronic stable schizophrenia (Iglesias-García et al., 2010)

Das Ziel dieser Studie war es, den vorläufigen Effekt eines strukturierten Edukationsprogrammes im Zusammenhang mit der Gewichtsabnahme bei chronischen Schizophrenie-Betroffenen unter antipsychotischer Therapie zu testen.

Die Population bestand aus 15 Personen, welche aufgrund einer diagnostizierten Schizophrenie Antipsychotika zu sich nahmen und seit mindestens zwei Jahren stabile psychische Symptome aufwiesen. Sie besuchten nacheinander ein psychiatrisches Zentrum in Grossbritannien. Zufällig wurden die Teilnehmenden in Interventions-/ (IG, n=8) und Kontrollgruppe (KG, n=7) eingeteilt. Durch das klinische Assessment sowie durch eine detaillierte Anamnese und eine psychiatrische Untersuchung mit dem «Composite International Diagnostic Interview» wurden andere mögliche Ursachen der Gewichtszunahme ausgeschlossen.

Die IG nahm an einem strukturierten Bildungsprogramm teil, welches durch die Pflege in den Bereichen Ernährung, Bewegung, gesunde Gewohnheiten und Selbstwertgefühl beriet. Insgesamt fanden im Psychiatricentrum über drei Monate einmal pro Woche einstündige Sitzungen statt, welche zu allen Aspekten informierten und Gruppendiskussionen zuließen. Bei der KG wurden lediglich einmal pro Woche die anthropometrischen Parameter erhoben. Gewicht, BMI, Taillenumfang und Vitalparameter wurden in der Studie bewertet. Anhand eines Modells mit wiederholten Messungen mit dem Faktor Zeit und dem Faktor therapeutischer Intervention wurde die Wirksamkeit der Intervention gemessen. Eine Person aus der IG schied wegen Rückzug der Einwilligung aus der Studie aus. Es blieben 11 Männer und 3 Frauen (Durchschnittsalter 39.9 Jahre). Die durchschnittliche Evaluationszeit der Schizophrenie betrug 12.3 Jahre, wobei die mittlere Behandlungszeit 6.1 Jahre betrug. Behandelt wurde mit Clozapin, Olanzapin, Ariprazol, Flufenazin-Decanoat und Risperidon. Weder in der KG noch in der IG konnten signifikante Gewichts- oder BMI- Unterschiede (p -Wert = 0.07) festgestellt werden. In der IG wurde in den ersten vier Wochen ein geringer Gewichtsverlust festgestellt, dieser konnte aber nicht aufrechterhalten werden. Schlussendlich konnte man in beiden Gruppen eine signifikante Abnahme des Taillenumfangs (p -Wert = 0.015) beobachten. Anhand des Vergleichs mit anderen Studien, bei denen die Verhaltensinterventionen schon in einem früheren Stadium begonnen wurden und einen positiven Effekt erzielten, lässt sich schliessen, dass die Interventionen nicht so wirksam sind, wenn man in einem späteren Stadium beginnt. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass es bei der Suche nach Strategien zur Behandlung der Gewichtsabnahme bei Schizophrenie-Betroffenen wichtig ist, über den möglichen Wirkungsverlust der Intervention bei chronisch schizophrenen Erkrankten besorgt zu sein. Empfohlen werden weitere Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit nichtpharmakologischer Interventionen zur Gewichtskontrolle, die sich auf diese Population konzentrieren.

4.2.4 A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia (Attux et al., 2013)

Diese Studie wurde durchgeführt, um die Wirksamkeit eines Lebensstil-Wellness-Programms (LWP) anhand einer Standard-Pflegegruppe zu vergleichen. 160 Personen, welche aufgrund einer diagnostizierten Schizophrenie in verschiedenen psychiatrischen Kliniken in São Paulo in ambulanter Behandlung waren, innert den letzten drei Monaten Antipsychotika zu sich nahmen, im Alter zwischen 18 und 65 Jahren waren, sich klinisch stabil zeigten und motiviert für eine Gewichtsreduktion waren oder zumindest über eine Gewichtszunahme Besorgnis zeigten, wurden zur Teilnahme zugelassen. Die Teilnehmenden wurden zufällig in Interventionsgruppe (IG, n=81) und Kontrollgruppe (KG, n=79) aufgeteilt.

Alle Teilnehmenden nahmen regelmässig an Sitzungen anderer psychosozialer Interventionen teil, die von dem Programm angeboten wurden, für das sie eingeschrieben waren. Die Teilnehmenden der IG besuchten zusätzlich einmal wöchentlich eine einstündige Sitzung. Themen waren Ernährung, Lebensstil, Bewegung und Selbstachtung. Das Programm kombinierte Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Tagebuchschreiben und Rollenspiele, in welchen der Umgang mit Stress gelernt wurde. Die insgesamt zwölf Sitzungen wurden von Pflegefachpersonen, Physiotherapierenden, Ergotherapierenden, psychologischen Fachpersonen und Ernährungsberatern geleitet. Sie wurden alle vorgängig mit einem Video geschult, welches das LWP genau erklärte. Bei der ersten Sitzung wurden die Teilnehmenden in das Programm eingeführt. Des Weiteren gab es vier Sitzungen zum Thema Ernährung, an denen die Ernährungspyramide erläutert wurde, drei Sitzungen zur Wichtigkeit der Bewegung, drei Sitzungen zur Selbstachtung und Motivation, eine Sitzung zum Thema Angst, eine Sitzung, die auch den Angehörigen einen Raum zur Diskussion schuf und eine Abschlussitzung zur Evaluation der vergangenen Wochen. Daten zu sozialen und demographischen Merkmalen, klinische Daten und körperliche Untersuchungen (Gewicht, Grösse, BMI, Taillenumfang jeweils auf Höhe des Nabels und Blutdruck) wurden routinemässig durch denselben «blinden» Prüfer aufgezeichnet. Im Durchschnitt nahmen alle Personen an 9.1 von 12 Sitzungen teil. Aufgrund zahlreichen Dropouts blieben für die sechsmonatige Analyse noch 44 Teilnehmende der IG und 41 Teil-

nehmende der KG übrig. Nach sechs Monaten erreichten die Teilnehmenden der Interventionsgruppe eine signifikante (p -Wert = 0.017) Gewichtsreduktion von 1.15 kg. Die Kontrollgruppe dagegen nahm 0.5 kg an Gewicht zu. Es zeigte sich also, dass solche Lebensstil-Interventionen wichtige langfristige Strategien sein können, um die Tendenz der Gewichtszunahme zu vermeiden. Es handelt sich um eine kostengünstige, gut in die Praxis implementierbare Lebensstil-Intervention, die gegenüber der medikamentösen Therapie zum Gewichtsmanagement keine Risiken mit sich zieht. Es wird empfohlen, die Intervention in die Praxis einzubetten, weil die Auswirkungen von Fettleibigkeit bekanntlich die Lebensqualität und die Gesundheit beeinträchtigen.

4.2.5 Impact of nurse-led behavioural counselling to improve metabolic health and physical activity among adults with mental illness (Fraser et al., 2018)

Die Lebenserwartung von psychisch Erkrankten ist aufgrund schlechter physischer Gesundheit deutlich tiefer als die von gesunden Menschen. Das Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes ist deutlich erhöht. Diverse Studien belegen, dass körperliche Aktivität ein möglicher Behandlungsansatz ist. Dabei ist besonders die Verhaltensberatung zu nennen. Es wird aufgezeigt, dass psychiatrische Pflegefachpersonen geeignet sind, die Verhaltensberatung an psychisch erkrankten Menschen durchzuführen, da sie viel Zeit mit den Patienten und Patientinnen verbringen.

Für Fraser et al. (2018) galt das Forschungsziel, die Wirksamkeit von einem pflegerischen Beratungsprogramm für ambulante Patienten und Patientinnen mit psychischen Erkrankungen bezüglich einer Verbesserung der metabolischen Gesundheit und der sportlichen Aktivität zu evaluieren. Die Population bestand aus 27 volljährigen ambulanten Privatklienten und Privatklientinnen aus einer Psychiatrie in Brisbane. Die Teilnehmenden mussten von ihrer psychiatrischen Fachperson empfohlen worden sein. Die Mehrheit der Teilnehmenden litt an einer Depression und drei Teilnehmende an einer Schizophrenie. Es gab keine Unterteilung in Interventions- und Kontrollgruppe. Lediglich 16 Teilnehmende konnten die Studie beenden. Gründe für einen frühzeitigen Abbruch waren eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, ein verlorengegangenes Interesse oder die Zunahme von externen Stressoren. Eine Teilnehmende war nach vier Wochen schon mit ihrem Fortschritt zufrieden und verzichtete auf weitere Unterstützung.

Die Intervention lief über 19 Wochen und beinhaltete eine persönliche Beratung durch die zuständige Pflegefachperson und die Überprüfung des medizinischen Fortschritts durch einen Arzt oder eine Ärztin. Die erfahrenen Pflegefachpersonen erhielten im Vorfeld einen eintägigen Trainingskurs zum Thema physische Aktivität bei psychischen Erkrankungen. Zudem wurde ihnen das 5A-Modell (Peterson, 2007) vorgestellt. Das 5A-Modell sollte allen Teilnehmenden eine persönliche Aktivitätsberatung ermöglichen. Es basierte auf fünf Schwerpunkten. In der ersten Phase ging es um die Bestandaufnahme der Ist-Situation. Dabei wurde das Problemverhalten sowie die motivationale Komponente erfasst. Im zweiten Schritt folgte die Beratung, welche besonders auf die Stärkung des Selbstvertrauens der Patienten und Patientinnen abzielte. Danach wurden gemeinsam Ziele ausgearbeitet, die an die Veränderungsbereitschaft des Betroffenen angepasst waren. Im nächsten Schritt ging es um die Unterstützung bei der Zielerreichung des Betroffenen. Schlussendlich wurden Folgevereinbarungen getroffen, die eine Langzeitbetreuung ermöglichten. Das 5A-Modell befindet sich in ausführlicher Form im Anhang D.

Der Hauptteil der Sitzung bestand aus einer individuellen Beratung mittels dem 5A-Modell. Zudem erhielten die Teilnehmenden einen Schrittzähler, welcher den persönlichen Fortschritt registrierte.

Taillenumfang, Gewicht, Blutdruck, sportliche Aktivität und das Verhältnis von der Taille zur Körperhöhe wurden alle sechs Wochen gemessen.

Gewichtsmäßig zeigte sich durchschnittlich eine nicht signifikante Reduktion von 1.8 kg. Jemand erreichte sogar einen Gewichtsverlust von 11.6 kg. Im Schnitt stieg die Dauer der Bewegung um 20 Minuten pro Tag. Nur beim Taillenumfang (p -Wert = 0.035) und beim Verhältnis von der Taille zur Körpergröße (p -Wert = 0.037) konnten signifikante Resultate erzielt werden. Durchschnittlich konnten die Teilnehmenden 2.7 cm Taillenumfang reduzieren.

Die Studie zeigte, dass das 19-wöchige Beratungsprogramm einen positiven Effekt auf die physische und psychische Gesundheit von Betroffenen haben kann. Die Forschenden erwähnten, dass die Pflege ihr Wissen bezüglich Gewichtsmanagement erweitern muss.

4.2.6 Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis (Curtis et al., 2016)

Das Ziel dieser Studie war es, die Effektivität der “Keeping your body in mind (KBIM)“-Intervention zu prüfen. Dabei handelte es sich um eine ganzheitliche individualisierte Lebensstil-Intervention.

Eingeschlossen wurden Menschen mit einer Erstpsychose, welche zwischen 14 und 25 Jahre alt waren. Sie durften seit maximal vier Wochen mit Antipsychotika behandelt werden. 26 Betroffene konnten für die Interventionsgruppe (KBIM-Gruppe) rekrutiert werden und 23 Betroffene wurden der Kontrollgruppe (KG) untergegliedert und erhielten während der Intervention eine standardmässig psychiatrische Behandlung mit medizinischer Betreuung und Antipsychotika-Therapie.

Ein Team aus einer APN, Ernährungsberaterinnen, Physiotherapeuten, jungen Peer-Wellness-Trainer und Trainerinnen führte die KBIM Intervention über 12 Wochen durch. Zur Hilfe standen ein Psychiater oder eine Psychiaterin und ein Endokrinologe oder eine Endokrinologin. Die Intervention bestand aus drei Komponenten (Gesundheitscoaching, Ernährungsberatung und kontrolliertes Übungskonzept). Die APN führte ein Motivationstraining durch, welches die Adhärenz der Teilnehmenden fördern sollte. In gemeinsamen Shoppingeinheiten wurden den Teilnehmenden wichtige Inputs zu einem gesunden Lebensstil nähergebracht. Mit einem individuell entwickelten Trainingsplan konnten die Teilnehmenden an ihrer sportlichen Aktivität arbeiten. Abschliessen konnten lediglich 16 Personen aus der KBIM-Gruppe und 12 Personen aus der IG. Gründe für einen frühzeitigen Abbruch waren Änderungen in der Behandlung oder ein Kontaktabbruch zur den Forschenden.

Zu Beginn und nach 12 Wochen wurden Gewicht, Taillenumfang, Blutdruck und Laborwerte kontrolliert.

Die Resultate zeigten keine signifikante Veränderung (0.4 kg/m^2) bezüglich des BMI's in der KBIM-Gruppe. In der Standardgruppe hingegen zeigte sich beim BMI eine Zunahme von 2.6 kg/m^2 . Ein nicht signifikanter Unterschied im Taillenumfang von 0.1 cm in der KBIM-Gruppe konnte präsentiert werden. Die KG verzeichnete jedoch eine Zunahme des Taillenumfangs von 7.1 cm . Die Rate der klinisch signifikanten Gewichtszunahme war 13% in der KBIM-Gruppe und 75% in der KG.

Die Studie zeigte, dass die Gewichtszunahme mit der KBIM-Intervention nicht verhindert, aber auf jeden Fall abgeschwächt werden konnte. Es wurde erwähnt, dass die psychiatrischen Kliniken vermehrt Lebensstil-Interventionen und Skills bereits zu Beginn der medikamentösen Therapie einsetzen sollen, um die Lebenserwartung von psychisch Erkrankten zu erhöhen.

4.2.7 Keeping the body in mind: A qualitative analysis of the experiences of people experiencing first-episode psychosis participating in a lifestyle intervention program (Watkins et al., 2019)

Das Ziel dieser qualitativen Studie war es, die persönlichen Erfahrungen der KBIM-Teilnehmenden der Studie von Curtis et al. (2016) zu untersuchen.

Fünf Monate nach der durchgeführten Intervention von Curtis et al. (2016) nahmen 11 Teilnehmende im Alter von 18 bis 25 Jahren an halbstrukturierten Interviews teil. Die Fragen bezogen sich auf die nützlichen Aspekte des Programms, die Beeinflussung der Mitarbeitenden, die Änderungen der Einstellung und des Verhaltens gegenüber der eigenen körperlichen Gesundheit und Verbesserungsvorschläge in Bezug auf das Programm. Weiterführende Fragen dienten dem detaillierten Informationsgewinn.

Nach ausgiebiger Diskussion einigten sich die Forschenden auf folgende vier Hauptthemen: Rolle der körperlichen Gesundheit bei der Wiederherstellung der geistigen Gesundheit, Bedeutung der Mitarbeiterinteraktion, Wert der Peer-Interaktion und Erhalt eines nachhaltigen gesunden Lebensstils.

Durch das Erkennen des Nutzens der Struktur der Aktivität entstand ein neues Gefühl der Hoffnung. Die Erfolgserlebnisse der Teilnehmenden verbesserten die Stimmung und verhalfen dabei den Fokus auf die Ziele zu legen. Die Teilnehmenden fühlten sich durch die Mitarbeitenden verstanden, geschätzt und nicht verurteilt. Die Gruppenaktivitäten bereiteten Freude und liessen ein Zugehörigkeitsgefühl entstehen. Die soziale Isolation konnte somit verringert werden. Die Verbesserung der Ernährung und Bewegung wurde von allen Teilnehmenden als Schlüsselement der Veränderung identifiziert. Sie fühlten sich mit genug Wissen ausgerüstet und konnten feste Routinen entwickeln, die sie auch selbstständig einhalten konnten. Es zeigte sich, dass nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch die psychische Gesundheit mit der Intervention verbessert werden konnte. Der Erfahrungsaustausch

mit Gleichaltrigen stärkte das Selbstvertrauen und die Motivation der Teilnehmenden. Als zentrales Ergebnis der Studie zur Förderung des sozialen Vertrauens von Menschen mit psychischen Erkrankungen galt die emotionale Unterstützung in Form von Empathie, Wärme und Akzeptanz. Ergänzend dazu diente die instrumentelle sowie informative Unterstützung.

Der qualitative Ansatz wurde mit dieser Studie zum ersten Mal verwendet, um den Effekt von Lebensstil-Interventionen zu evaluieren. Somit wurde eine Dimension geöffnet, welche einen die Vorteile solcher Interventionen besser verstehen lassen. Die Studie unterstrich den Miteinbezug von Gruppen- und Einzelkomponenten sowie Peer-Mitarbeitenden als Vorteil, um nachhaltige Wirkung zu gewährleisten.

4.3 Kritische Würdigung der Studien

In diesem Abschnitt werden die quantitativen Studien nach Bartholomeyczik et al. (2008) und die qualitativen Studien nach Lincoln und Guba (1985) hinsichtlich ihrer Güte gewürdigt. Anhand dessen konnten die Stärken und Schwächen der analysierten Studien vereinzelt aufgezeigt werden.

Die detaillierten Würdigungen sind in den Critical Appraisals im Anhang E ersichtlich. Gemäss der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) wird das Evidenzlevel der Studien beschrieben.

Bei der Auswahl der Studien wurde darauf geachtet, dass sie dem Schema Einleitung-Methode-Ergebnisse-Diskussion (EMED-Format) folgen. Dadurch wurde sichergestellt, dass die Forschungsarbeit systematisch aufgebaut wurde.

4.3.1 Würdigung der quantitativen Studien

Objektivität

In allen Studien wird die Thematik im Kontext anhand von vorhandener empirischer und konventioneller Literatur eingebettet. Zudem wurden jeweils passende Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Dadurch kann die Objektivität verbessert werden. Jedoch können diese Kriterien auch die Objektivität einschränken, da somit möglicherweise nicht alle potenziellen Teilnehmenden erreicht werden können. In der Studie von Usher et al. (2012) ist die Objektivität teilweise eingeschränkt, da die Forschenden die Intervention selbstständig durchführen und die Teilnehmenden wussten in

welcher Gruppe sie sich befanden. Somit ist keine vollständige Unabhängigkeit gewährleistet und es kann Verzerrungen mit sich bringen. Auf die Beziehung zwischen den Pflegenden und den Teilnehmenden wird nur in den Studien von Curtis et al. (2016) und Magni et al. (2017) eingegangen. Es ist davon auszugehen, dass eine vorbestehende Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Teilnehmenden Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte. So muss nämlich der Beziehungsaufbau nicht zuerst noch stattfinden. Es könnte direkt mit der Zielerreichung begonnen werden und es könnte sein, dass die Adhärenz in diesem Fall grösser wäre. Wenig wird über die professionellen Erfahrungen der Pflegenden gesagt. Wie lange sie schon auf dem Beruf arbeiten und welche Zusatzausbildungen absolviert wurden könnten die Ergebnisse ebenfalls beeinflussen.

Reliabilität

Die Replizierbarkeit ist in allen Studien gewährleistet. In allen Studien werden zentrale Informationen erläutert, welche zu einer erneuten Durchführung der Intervention benötigt werden. Die Studie von Magni et al. (2017) und die Studie von Fraser et al. (2018) weisen keine Randomisierung auf, was zu Verzerrungen führen könnte. Lediglich in den Studien von Attux et al. (2013), von Iglesias-García et al. (2010) und von Fraser et al. (2018) wurden die Drop-Outs angegeben und verständlich begründet. In den anderen Studien werden die Drop-Outs nur erwähnt. Ausserdem sind die Ergebnisse aus einer psychiatrischen Klinik nicht unbedingt auf andere Settings übertragbar. Alle Studien empfehlen weitere Studien, um reproduzierbare Ergebnisse zu liefern. Zuverlässige Messinstrumente wurden verwendet. In gewissen Studien wurden Fragebögen zur subjektiven Einschätzung eingesetzt.

Validität

Die interne Validität ist in den meisten Studien gewährleistet, da valide Messinstrumente verwendet wurden, welche daraus ausgelegt sind, die jeweiligen Outcomes zu messen und somit zur Beantwortung der Fragestellungen beitragen. Beispielweise wurden die PANSS (Positive und negative Syndrom Skala) und die GAF (Erfassung allgemeines Funktionsniveau (psychische, soziale und berufliche Funktionen)) bei Magni et al. (2017) und bei Attux et al. (2013) eingesetzt. Die Teilnehmenden der Studie von Fraser et al. (2018) erhielten beispielsweise einen Schrittzähler, welcher

eine hohe Validität ausweist. Zusätzlich wurden von Usher et al. (2012) und Curtis et al. (2016) Fragebögen eingesetzt, welche ebenso eine hohe Validität aufweisen, da mit denen genau erfragt werden konnte, was die Betroffenen dachten. Es ist anzunehmen, dass die Gewichtsmessungen immer mit der gleichen Waage durchgeführt wurden und somit valide sind.

Negativ gesehen bezüglich der internen Validität wird, dass die Betroffenen in allen Studien unterschiedliche Antipsychotika mit unterschiedlichen Dosierungen zu sich nahmen. Die eingenommenen Medikamente werden in allen Studien genannt, aber auf die Beeinflussung der unterschiedlichen Antipsychotika auf das Gewicht der Betroffenen wird nicht genauer eingegangen. Es werden keine Begründungen publiziert, inwiefern welche Antipsychotika das Essverhalten und das Gewicht beeinflussen. Auf die Ernährung der Teilnehmenden wird in keiner Studie eingegangen. In Einzelnen wird erwähnt, welche Empfehlungen bezüglich des Essverhaltens an die Teilnehmenden abgegeben wurde, aber ob sie sich wirklich daranhielten, wird nicht bekannt gegeben. Auch Fraser et al. (2018) beschreibt den Nichteinbezug des Ernährungsverhaltens der Teilnehmenden als nicht valide.

Die externe Validität ist in der Studie von Usher et al. (2012) teilweise eingeschränkt, da die Teilnehmenden durch Plakate, welche in lokalen psychiatrischen Kliniken hingen, rekrutiert wurden. Zusätzlich verlief der Rekrutierungsprozess über Mundpropaganda. Allgemein kann gesagt werden, dass die Zeitspannen der Studien (maximal 32 Wochen in der Studie von Magni et al. (2017) eher kurz sind, um signifikante Resultate zu präsentieren. Dass die qualitative Studie von Watkins et al. (2019) bereits fünf Monate nach der quantitativen Studie von Curtis et al. (2016) durchgeführt wurde, gibt einen Eindruck auf die Nachhaltigkeit der Erfolgserlebnisse. Es wäre jedoch spannend zu sehen wie die Veränderungen nach mehreren Jahren aussehen würde.

4.3.2 Würdigung der qualitativen Studie

Bestätigbarkeit

Der Prozess wurde verständlich beschrieben. Die Daten der Studienteilnehmenden wurden mehrfach codiert, um mögliche Verzerrungen zu verhindern. Da eine externe Person für die Verifizierung der Daten fehlte, wurden die Codes durch die Forsch-

den erstellt. Eine Vorbestimmung der Ergebnisse durch die Forschenden ist auszuschliessen, da die Antworten mit Codes versehen wurden. Trotzdem war zu jeder Zeit ein Mitglied des KBIM-Interventionsteams anwesend, was einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte.

Zuverlässigkeit

Die Abläufe der Interviews wurden nachvollziehbar erläutert. Das Vorgehen der Datenanalyse wurde präzise beschrieben und mit Referenz belegt und kann somit als logisch, nachvollziehbar und zuverlässig beschrieben werden. Es wurde jedoch nicht von einem externen Gremium geprüft. Die Stichprobenziehung ist angebracht, weil es eine Evaluation einer vorgängig durchgeführten Studie ist. Die geringe Teilnehmeranzahl ist somit gerechtfertigt. Die Meinung der Teilnehmenden ist unverzichtbar für die Erforschung des beschriebenen Phänomens. So können Prozesse besser verstanden und später optimiert werden.

Glaubwürdigkeit

Die Studie baut auf viel vorhandener Literatur auf und steht kongruent zu den Ergebnissen von vorgängigen quantitativen Studien. Die durch die Forschenden sorgfältig ausgewählten Kategorien stehen zueinander in Beziehung, sind logisch, konsistent, inhaltlich voneinander zu unterscheiden und werden durch die Zitate der Teilnehmenden bestätigt. Die Ergebnisse wurden ausgiebig durch das Forschungsteam diskutiert. Als Limitation der Studie kann genannt werden, dass die Teilnehmenden ausschliesslich positives Feedback gaben. Dies ist möglicherweise auf die Tatsache zurückzuführen, dass ein Teil des Forschungsteams schon bei der KBIM-Intervention von Curtis et al. (2016) teilnahm. Somit konnten keine Nachteile und kein Verbesserungspotenzial diskutiert werden. Ebenfalls fehlte die Triangulation. Die Forschungsdaten wurden nicht mit Beobachtungen von den Interviewenden kombiniert.

Übertragbarkeit

Die Forschungsfrage kann ausreichend beantwortet werden und hilft in der Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit, weil die Intervention in Zusammenarbeit mit Menschen mit Erstpsychosen integriert werden soll und die Pflege dabei eine zentrale Rolle spielt. Durch die Nennung von vorhandener empirischer Literatur

und anderen Studien wird ein elementarer Praxisbezug aufgezeigt. Zusätzliche Literatur wurde zur Diskussion der Ergebnisse verwendet. Die Ergebnisse der Studie sind auf andere Settings übertragbar. Um weitere Forschung in diesem Gebiet zu betreiben, können die vier Hauptthemen (nützliche Aspekte des Programms, beeinflussende Attribute von Mitarbeitenden, Änderungen der Einstellung & Verhalten gegenüber der persönlichen körperlichen Gesundheit, Programmverbesserungsvorschläge) genutzt werden. Die Relevanz der Ergebnisse zum Pflegealltag wird nicht diskutiert, was die Reflexion bezüglich der Integration in den Praxisalltag erschwert. Es werden aber Empfehlungen gemacht, um Lebensstil-Interventionen in den pflegerischen Arbeitsalltag zu inkludieren.

4.3.3 Würdigung von weiteren Faktoren

Forschungsfrage/Forschungsziel

Bei allen Studien formulierten die Autoren und Autorinnen eindeutige Ziele, aber keine expliziten Forschungsfragen. Die Forschungsziele werden nicht mit Hypothesen unterstützt.

Studiendesign

Bekanntlich ist das randomisierte-kontrollierte Studiendesign am besten geeignet, um eine medizinische Fragestellung zu beantworten. Dieses wurde jedoch nur bei zwei Studien gewählt. Die Studie von Fraser et al. (2018) weist keine Kontrollgruppe auf und somit konnte die Effektivität der Intervention nicht eindeutig mit den natürlich auftretenden Veränderungen geprüft werden. Auch in der qualitativen Studie von Watkins et al. (2019) wurde keine Kontrollgruppe verwendet, da in dieser Studie die Erfahrungen der Teilnehmenden erfasst wurden.

Rekrutierung und Randomisierung

Bei der Studie von Usher et al. (2012) wurden als Rekrutierungsmaßnahmen lediglich Mundpropaganda, Aushänge und Vorträge eingesetzt. Bei der Studie von Magni et al. (2017) und der Studie von Fraser et al. (2018) wurden keine Randomisierungen vorgenommen. Einzig die Studie von Iglesias-García et al. (2010) erklärt genau, wie die Randomisierung vorgenommen wurde, nämlich mit einem Computerprogramm.

Sample

In allen Studien werden die Samples genannt. Zusätzlich werden in allen Studien Ein- und Ausschlusskriterien genannt, welche die Stichprobe eingrenzten. Ausser in der Studie von Curtis et al. (2016) sind die Teilnehmenden über 18 Jahre alt. Hinsichtlich der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass vier der ausgewählten Studien in Australien durchgeführt wurden. Die unterschiedlichen Normen und Werte können Einfluss auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse haben. Die unterschiedlichen Behandlungsansätze müssen beim Transfer ins schweizerische Gesundheitswesen berücksichtigt werden.

Die Angaben zur Unterteilung und zur Intervention der Kontrollgruppe werden in allen Studien mangelhaft beschrieben. Es ist nicht ersichtlich, woraus die Behandlung der Kontrollgruppen bestand. Es wurde lediglich geschrieben, dass die Kontrollgruppe eine Standardbehandlung erhielt oder dass sie weiterhin an den Therapien, für die sie eingeschrieben war, teilnahm. Wie diese Therapien genau aussahen oder woraus die Standardbehandlung bestand wurde nicht erläutert. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Behandlungen je nach Land unterscheiden. Die Studie von Attux et al. (2013) hat mit 160 Teilnehmenden die grösste Stichprobe, was die Studie zur repräsentativsten macht. Jedoch weist diese Studie prozentual auch die meisten Drop-Outs auf. Allgemein weisen die anderen Studien eine sehr kleine Stichprobe auf, was die Ergebnisse der Studien beeinflussen haben könnte. Die Studie von Iglesias-García et al. (2010) verzeichnete unbegründet mit 15 Studienteilnehmenden die kleinste Stichprobe der quantitativen Studie, was eine allfällige Generalisierung erschwert. Es könnte aber den Mangel an Unterschieden zwischen den beiden Gruppen im Ergebnisteil erklären. Auch auf das ungleiche Verhältnis von Mann und Frau wurde nicht eingegangen obwohl wir aus der Studie von Magni et al. (2017) wissen, dass Männer tendenziell mehr Gewicht verloren haben als Frauen. Ob der Geschlechtsunterschied auch bei anderen Studien einen Einfluss auf die Ergebnisse nahm bleibt offen. Die Forschungsteams fordern zu weiterer Forschung mit grösseren Stichproben auf. Weiter sind die Ergebnisse der Studie von Fraser et al. (2018) nicht generalisierbar, da 70 % der Teilnehmenden an einer Depression litten. In allen Studien erwähnen wird erwähnt, mit welchen Psychopharmaka die Teilnehmenden behandelt werden. Je-

doch wird die Dosierung der Medikamente nicht angegeben. Dies könnte zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Keine der gewählten Studien beschreibt ob die verschiedenen Psychopharmaka einen unterschiedlichen Einfluss auf das Gewichtsmanagement haben können. Zudem wird in der Studie von Iglesias-García et al. (2010) geschrieben, dass die unterschiedlichen Antipsychotika keine signifikanten Unterschiede mit sich brachten. Dies steht im Widerspruch zur gefundenen Literatur, dass beispielsweise Clozapin mit der grössten Gewichtszunahme einhergeht.

Intervention

Die Interventionen werden in allen Studien verständlich und nachvollziehbar beschrieben. Die Studie von Iglesias-García et al. (2010) beschreibt nicht, ob die Intervention von der gleichen Pflegeperson durchgeführt wurde. Somit lässt sich diskutieren, ob die Beziehung zwischen den Pflegenden und den Teilnehmenden einen Einfluss auf den Effekt der Intervention haben kann. Eine weitere Frage wäre, ob die Pflegenden die Teilnehmenden bereits vor Studienstart kannten. Dieser Aspekt wird in keiner der ausgewählten Studien genannt.

In der Studie von Attux et al. (2013) wird die Behandlung der Kontrollgruppe nicht ausreichend beschrieben. Es ist somit nicht klar, ob es nicht noch andere Faktoren gegeben hat, welche das Gewicht der Kontrollgruppen-Teilnehmenden beeinflusst haben. Aufgrund der unterschiedlichen Behandlungsansätze in den verschiedenen Ländern ist zu nennen, dass die Pflegenden möglicherweise andere Schwerpunkte in der Alltagspflege setzten, welche ebenfalls einen Einfluss auf das Gewichtsmanagement der Betroffene haben könnten. In jeder Studie wird beschrieben, welche Berufsgruppe welchen Teil der Intervention durchführte. Einzig in der Studie von Attux et al. (2013) werden nur die beteiligten Professionen genannt.

Datenanalyse

In der Pilotenstudie von Iglesias-García et al. (2010) wird ungenügend beschrieben, wie der Effekt der Intervention gemessen wurde. Folglich wird nicht erklärt, warum sich in beiden Gruppen eine signifikante Reduktion des Taillenumfangs zeigte. ANOVA-Messungen wurden lediglich in der Studie von Attux et al. (2013) und in der Studie von Magni et al. (2017) beschrieben. Diese wurden als Vergleich zwischen der Behandlung der Interventionsgruppe und der Standardbehandlung verwendet.

Möglicherweise wurde bei der Studie von Fraser et al. (2018) die Datenanalyse durch die Forschenden, welche die Intervention zugleich ausführten und auswerteten, verfälscht. Die Daten wurden in allen Studien mit einer SPSS-Version (Statistical Package for Social Sciences) analysiert.

P-Wert/Aussagekraft

Curtis et al. (2016), Iglesias-García et al. (2010), Fraser et al. (2018) und Usher et al. (2012) konnten keine signifikanten Ergebnisse bezüglich des BMI's präsentieren. Fraser et al. (2018) und Iglesias-García et al. (2010) konnten im Taillenumfang signifikante Resultate liefern. Ebenfalls konnte Fraser et al. (2018) im Verhältnis von der Taille zur Körpergrösse ein signifikant positives Ergebnis erzielen. Hinsichtlich der Nachverfolgung bei Magni et al. (2017) konnten auch nach sechs Monaten keine signifikanten Ergebnisse erzielt werden. Die Forschenden erwähnen aber, dass bei allen Studien die Studiendauer und die Stichproben verlängert beziehungsweise vergrössert werden sollten, um die Aussagekraft zu stärken.

Ethik

Alle Studien ausser der Studie von Iglesias-García et al. (2010) standen mit dem Ethikkomitee in Kontakt und beschäftigten sich teils ausführlich mit ethischen Fragen. Usher et al. (2012) verdeutlichten ausserdem, dass Menschen mit einer Schizophrenie als vulnerable Menschen gelten. Die Studie von Watkins et al. (2019) nutzte Codierungen und Pseudonyms, um die Anonymität zu gewährleisten.

Evidenzlevel Bestimmung

Alle Studien wurden gemäss DiCenso et al. (2009) auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach eingeordnet, da es sich um primäre datenbasierte Forschungsarbeiten handelt. Einzig die Studie von Iglesias-García et al. (2010) konnte nicht im Original, sondern nur in zusammengefasster Form, gefunden werden. Alle Studien wurden in einem pflegerisch relevanten Journal veröffentlicht.

5. Diskussion

Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse zusammengeführt und die Fragestellung wird beantwortet. Als Grundlage zum Verständnis der Diskussion dient der theoretische Hintergrund im zweiten Kapitel der vorliegenden Bachelorarbeit. Die untersuchten Interventionen und ihre Wirksamkeit werden verglichen. Zudem werden Limitationen und weiterführende Fragen aufgezeigt. Die Fragestellung dieser Arbeit lautet: Inwiefern werden in der Literatur **pflegerische Interventionen** im **psychiatrischen Setting** beschrieben, welche **Individuen mit Schizophrenie** beim **Management der antipsychotikabedingten Gewichtszunahme** unterstützen?

5.1 Pflegeinterventionen

Aus den sieben bearbeiteten Studien resultieren kostengünstige und zeiteffiziente Interventionen, welche gut in die Praxis übertragbar sind. Für die bessere Überschaubarkeit haben die Autorinnen nach ausgiebiger Diskussion entschieden den Diskussionsteil in Kernthemen der Pflegeinterventionen zu gliedern. So gelingt es die Zusammenhänge besser zu erkennen und zu verstehen.

Verhaltenstherapie

Kernthema in allen beschriebenen Interventionen ist ein angeeignetes Verhaltensmuster zu verlernen, um dann ein neues gesundes Verhaltensmuster zu erlernen (Altenhan et al., 2013). Um die Verhaltenstherapie zu unterstützen, gilt die Empfehlung Entspannungseinheiten durchzuführen und ein Tagebuch zu schreiben (Attux et al., 2013). Entspannungseinheiten sollen den Betroffenen helfen sich besser auf die Verhaltenstherapie fokussieren zu können (Falkai & Hassan, 2019). Die Verhaltenstherapie kann dem Pflegefachpersonal durch Schulungen nähergebracht werden (Fraser et al., 2018). Laut Brown et al. (2007) lassen sich Lebensstil-Interventionen gut mit Verhaltenstherapien kombinieren. Dabei wird auch die Korrelation zur metabolischen Gesundheit und zur körperlichen Aktivität gemacht. (Ratliff et al., 2012) Gemäss Fraser et al. (2018) kann die Verhaltenstherapie einen positiven Einfluss auf die metabolische Gesundheit und die körperliche Aktivität der Betroffenen haben. Laut Usher et al. (2012) zeigen besonders Gruppentherapien positive Effekte, wobei möglich wäre, dass sich Betroffene in einer Gruppe besser motivieren lassen.

Psychoedukation

Damit die Veränderungen nachhaltig wirken, ist es wichtig, dass die Betroffenen verstehen, warum sie überhaupt etwas verändern müssen (D'Amelio et al., 2007). Um dieses Verständnis zu erlangen dient unter anderem die Psychoedukation, welche in allen Studien thematisiert wird.

Wie die Ergebnisse der qualitativen Studie von Watkins et al. (2019) zeigen, konnten die Teilnehmenden nachhaltige Veränderungen vollziehen, weil sie durch die Pflege mit genügend Wissen hinsichtlich Ernährung und gesundem Lebensstil ausgestattet wurden. Die Psychoedukation lässt sich aus pflegerischer Sicht optimal in den Pflegeprozess integrieren (Magni et al., 2017). In allen Studien wird erwähnt, dass die Pflegenden ihr Wissen bezüglich der antipsychotikabedingten Gewichtszunahme erweitern müssen. In diesem Fall ist das Wissen der Pflegefachpersonen der Grundbaustein für eine erfolgreiche Psychoedukation.

Bewegung

Lediglich 25 % aller Schizophrenie-Erkrankten können der empfohlenen täglichen sportlichen Aktivität nachkommen (Cheng et al., 2017). Gemäss Cheng et al. (2017) hindern die limitierte Erfahrung, der Einfluss der Erkrankung, die Nebenwirkungen der Medikamente und die Angst vor fehlenden Unterstützungsnetzwerken die Betroffenen daran Sport zu betreiben. In den analysierten Interventionen zeigt sich, dass sportliche Aktivität einen grossen Einfluss auf das Gewichtsmanagement der Betroffenen hat und zusätzlich psychiatrische Symptome lindern kann. Sportliche Aktivitäten verbessern also nicht nur die physische Gesundheit, sondern auch die mentale und emotionale Gesundheit (Fogarty, Happell & Pinikahana, 2004). Dabei spielt laut Cheng et al. (2017) die Motivation der Erkrankten eine fundamentale Rolle und ein Unterstützendes und nicht konkurrenzförderndes Klima soll durch die Pflegenden ermöglicht werden. Einer der Teilnehmenden schlug den Miteinbezug einer Smartphone-Applikation vor, welche den persönlichen Fortschritt der sportlichen Aktivität und des Gewichts elektronisch auszeichnen würde (Fraser et al., 2018). Zusätzlich wurde von Fraser et al. (2018) der Miteinbezug des 5A-Modells erwähnt. Diverse Studien empfehlen zwischen 60 und 90 Minuten Bewegung am Tag.

Ernährung

Auch die Ernährung spielt im Zusammenhang mit dem Gewichtsmanagement eine grundlegende Rolle. Beispielsweise erwähnt Magni et al. (2017), dass die kalorienreduzierte Diät am hilfreichsten ist. Es wird erwähnt, dass das Verbot von gewissen Nahrungsmitteln kontraindiziert sei. Die Teilnehmenden führten in der Studie von Magni et al. (2017) ein Diättagebuch, in welchem sie ihr Essverhalten festhalten sollten. Somit sollten die Betroffenen einen besseren Überblick erhalten, was sie wann zu sich nahmen. Die Psychoedukation bezieht sich in der CBT-Intervention auf die Ernährung, wobei den Teilnehmenden ein gesundes Essverhalten ans Herz gelegt wird (Magni et al., 2017). Den Beteiligten wurden anhand der Nahrungsmittelpyramide die Mengen der jeweiligen Stufe erklärt. Die qualitative Studie von Watkins et al. (2019) zeigte auf, dass das gemeinsame Kochen viel Spass bereitet und die Teilnehmenden zunehmend an Motivation gewannen. Nicht nur der sozialen Isolation konnte so entgegengewirkt werden, sondern es konnte auch das Einhalten einer gesunden Ernährung begünstigt werden (Watkins et al., 2019).

Zeitpunkt zum Interventionsbeginn

Bezüglich der Intervention spielt der Zeitpunkt, wann mit der Intervention begonnen wird eine wichtige Rolle (Curtis et al., 2016). Gemäss Iglesias-García et al. (2010) ist die Intervention bei Erkrankten mit einer chronifizierten Schizophrenie weniger effizient als bei Menschen, bei welchen die Krankheit erst kürzlich ausbrach. Es zeigt sich, dass die Interventionen je nach Entwicklungsstadium der Krankheit unterschiedlich wirken. Erklärungen dazu wurden aber keine gefunden. Daraus resultiert weiterer Forschungsbedarf. Die Ergebnisse diverser Studien verdeutlichen aber, dass je früher mit der Intervention begonnen wird, desto effektiver die Behandlung ist. Gemäss Littrell et al. (2003) soll bereits bei Beginn der Behandlung mit Antipsychotika eine Präventionsmassnahme eingeführt werden. Langfristig gesehen beeinflusst der Frühstart die Adhärenz, die Rückfallquote und die Rehospitalisierungsquote positiv (Magni et al., 2017). Wird das Entwicklungsmodell von Erikson betrachtet, werden die verschiedenen Lebensaufgaben ersichtlich (Altenthan et al., 2013). Es ist anzunehmen, dass auch dies einen Einfluss auf die Wirkung des Interventionsstarts haben könnte. Gemäss Altenthan et al. (2013) steht im Jugend- bis hin zum Erwachsenenalter das eigene Sein sowie auch die Aneignung der Fähigkeit sich auf andere

Personen einlassen zu können, um nicht in eine soziale Isolation zu geraten, im Vordergrund. Dies steht im Einklang mit den gewünschten Verhaltensmusteränderungen zur Unterstützung des Gewichtmanagements. Denkbar ist, dass bei den jungen Menschen die Willensstärke, sich gegen diese Gewichtszunahme zu wehren höher als bei älteren Betroffenen ist.

Interprofessionalität

Die Studien von Magni et al. (2017) und von Attux et al. (2013) verdeutlichen, wie wichtig die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen ist. In den genannten Studien arbeiten die Pflege, die Ergotherapie, die Physiotherapie und die Ernährungsberatung eng zusammen. Jede Profession hat wieder einen anderen Blickwinkel auf die Gewichtszunahme und andere Techniken und Hilfsmittel, um die Betroffenen zu unterstützen. Betreffend der Interprofessionalität ist besonders die offene und transparente Kommunikation zu nennen. Nur wenn mit allen beteiligten Professionen klar und verständlich kommuniziert wird, kann das gewünschte Behandlungsziel erreicht werden (Van Meer & Van Neijenhof, 1994). Andernfalls könnte es sein, dass insgesamt nicht am gleichen Ziel gearbeitet wird. Diese Diskrepanz könnte sich negativ auf den Therapieverlauf auswirken und zudem Verwirrung verursachen. Auch der ärztliche Dienst spielt beim Gewichtsmanagement eine Rolle. Allfällige Anpassungen der Medikation werden durch die Ärzte und Ärztinnen verordnet und evaluiert. Diverse Studien zeigen jedoch auf, dass bezüglich dem Gewichtsmanagement nicht medikamentöse Interventionen besser geeignet sind als pharmakologische. Gründe dafür sind die unerwünschten Nebenwirkungen der Medikamente, welche zur Gewichtsabnahme eingesetzt werden (Cheng et al., 2017).

Lebensqualität der Betroffenen

Psychische Erkrankungen beeinflussen die Lebensqualität der Betroffenen immens (Fogarty et al., 2004). Dabei spielen viele Faktoren eine Rolle. Beispielsweise beeinflusst die Beziehung zu den Angehörigen die Motivation zur Veränderung der bekannten Verhaltensmuster (Barbato, 1998). Offener gesehen spielt die ganze Gesellschaft mit. Entspricht jemand nicht den Vorstellungen der Gesellschaft gibt dies laut Stähelin (2016) manchen Menschen bereits einen Grund, jemanden zu verurteilen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen leiden aufgrund ihrer Erkrankung unter diversen Vorurteilen. Kommt dann noch die Gewichtszunahme hinzu, gibt dies gewissen Menschen noch einen weiteren Grund jemanden zu stigmatisieren (Barbato, 1998). Gemäss Milano et al. (2007) werden übergewichtige Erkrankte häufig stigmatisiert und diskriminiert aufgrund ihrer Erkrankung und der damit verbundenen Gewichtszunahme. Dies ist eine enorme Belastung für die Betroffenen und es entwickelt sich ein vermindertes Selbstwertgefühl, welches schlimmstenfalls bis zur sozialen Isolation führen kann (Häfner, 2017).

Die Kombination von psychischen Erkrankungen und Übergewicht kann somit zu einer verminderten Lebensqualität führen (Fogarty et al., 2004). Dies wiederum lässt die Mortalität und die Morbidität steigern (Magni et al., 2017). Die Studie von Watkins et al. (2019) zeigt klar auf, dass pflegerische Interventionen das Selbstwertgefühl der Teilnehmenden verbessern können. Durch die aktive Teilnahme an den Sitzungen konnten sie verlorengangenes Selbstwertgefühl wiederherstellen und Zukunftshoffnung zurückgewinnen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Motivation oft durch Erfolgserlebnisse zurückgewonnen werden konnte (Watkins et al., 2019). Daraus lässt sich schliessen, dass ein zufriedenstellendes Gewichtsmanagement das Selbstwertgefühl steigern und allfällige Stigmatisierungen vermindern kann. Langfristig gesehen kann so gemäss Watkins et al. (2019) die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden.

Unterschiede

Die Länder, in welchen die verwendeten Studien durchgeführt wurden, weisen alle ein unterschiedliches Gesundheitssystem auf. Der Umgang und die Behandlung der Schizophrenie unterscheiden sich vom schweizerischen Gesundheitssystem. Wie die Standardbehandlung einer psychischen Erkrankung in den anderen Ländern aussieht, lässt sich nicht eindeutig sagen. Ebenfalls sehen die Essgewohnheiten anders aus. Ob die Nahrungsmittelunterschiede einen Einfluss auf das Gewichtsmanagement der Betroffenen haben, lässt sich nur spekulieren. Auch die kulturellen Unterschiede spielen eine Rolle in der Handhabung der Krankheit und des Gewichtsmanagements. In mehreren Studien werden die unterschiedlichen Ergebnisse zwischen Männern und Frauen angesprochen. Männer haben tendenziell mehr Gewicht verlo-

ren als Frauen (Magni et al., 2017). Leider konnte keine der Studien eine Begründung dazu liefern. Dass die gleichen Faktoren wie bei gesunden Menschen eine Rolle spielen ist anzunehmen. Ob es weitere dazugehörige Aspekte gibt, bleibt offen.

Expertise der Pflege

Die unterschiedlichen Outcomes der Studien könnten mit der Art der Edukation der Pflege in Zusammenhang stehen. In der Studie von Fraser et al. (2018) konnte ein signifikant positives Ergebnis erzielt werden, nachdem die erfahrenen Pflegefachpersonen im Vorfeld einen eintägigen Trainingskurs über die physische Aktivität bei psychischen Erkrankungen erhielten und ihnen das 5A-Modell näher vorgestellt wurde. Anders wird bei Usher et al. (2012) nicht erwähnt inwiefern die Pflege vorgängig informiert wurde und die Ergebnisse fielen deutlich bescheidener aus. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Pflegefachpersonen ihr Wissen in Bezug auf die medikamenteninduzierte Gewichtszunahme erweitern müssen (Usher et al., 2012). Werden Weiterbildungen angeboten, erlangt das Thema mehr Aufmerksamkeit und wird von den Pflegenden, dem ärztlichen Dienst, den Angehörigen und den Betroffenen selbst, hoffentlich ernster genommen. Denn belastend ist dieses Thema nicht nur für die Betroffenen selbst. Auch die Angehörigen erleben den Leidensdruck der Erkrankten (Barbato, 1998). Aus der qualitativen Studie von Watkins et al. (2019) geht hervor, dass eine gute Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Menschen mit psychischen Erkrankungen deren Motivation und das Selbstvertrauen stärken. Die Teilnehmenden schätzten die urteilsfreie, akzeptierende Art der Pflegenden sehr. In der Ausbildung zur Pflegefachperson FH werden im interprofessionellen Kommunikationsmodul verschiedene Techniken zur Gesprächsführung gelernt. Nennenswert hierbei sind das aktive Zuhören und die motivierende Gesprächsführung, die in mehreren Studien erwähnt wird. Die drei Aspekte «Akzeptanz des anderen als Person», «Respekt vor den Gefühlen des anderen» und «Toleranz gegenüber persönlichen Eigenheiten» zählen als Grundlage des richtigen Verhaltens beim Zuhören (Van Meer & Van Neijenhof, 1994). Die motivierende Gesprächsführung hat zum Ziel Veränderungsambivalenzen zu überwinden, um dann konkrete Wege zur Veränderung erarbeiten zu können (Pschyrembel, 2017). Im Vordergrund steht dabei immer, dass der Patient oder die Patientin selbst auf die Lösung kommen soll und die Pflegeperson

dabei lediglich Unterstützung bietet. Dies wiederum führt zu einem gestärkten Kohärenzgefühl und wirkt sich somit positiv auf die Salutogenese aus. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden oft auf ihre Krankheit reduziert. Für Erkrankte ist es besonders wichtig zu sehen, dass sie sich trotz ihrer Krankheit so gesund wie möglich fühlen können. Wie im Modell der Salutogenese offengelegt wird, sollen die Betroffenen versuchen ihre Krankheit in den Hintergrund zu stellen, um sich auf ihre Gesundheit zu fokussieren. Patienten und Patientinnen können versuchen die individuellen Stärken zu entdecken und anhand diesen, trotz den schwierigen Lebensumständen, ihre Lebensqualität zu stärken. Pflegende sollen ihre Patienten und Patientinnen dabei unterstützen, Schwierigkeiten als sinnvolle Herausforderung zu betrachten und durch die Bewältigung dieser, neue Kraft zu schöpfen.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Kommunikation der Grundbaustein einer gesunden Beziehung ist. Laut dem Kommunikationsforscher Paul Watzlawick bestimmt der Beziehungsaspekt den Inhaltsaspekt in der Kommunikation (Altenhan et al., 2013). Empathie, Wärme und Akzeptanz sind also unabdingbar für eine positive emotionale Beziehung und somit eine erfolgreiche Kommunikation.

5.2 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung konnte anhand der Studien weitgehend beantwortet werden. Es wurden verschiedene pflegerische Interventionen vorgestellt, die sich in den pflegerischen Alltag integrieren lassen. Die Psychoedukation wird in einigen psychiatrischen Institutionen bereits vom Pflegefachpersonal durchgeführt. Aufgrund der kostengünstigen Interventionen verbunden mit den positiven Auswirkungen, würde sich eine Umsetzung und Erweiterung der vorgestellten Interventionen lohnen. Verhaltenstherapie und Lebensstil-Interventionen lassen sich gemäss den Studienergebnissen gut in den Alltag miteinbeziehen. Schizophrenie-Erkrankte würden auf jeden Fall von einer möglichst frühen Unterstützung ihres Gewichtsmanagements profitieren. Die geeignete Schulung von Pflegefachpersonen führt langfristig zu Kostensenkungen im Gesundheitswesen.

5.3 Limitationen und weiterführende Fragen

Nachfolgend werden die Stärken und Schwächen dieser Arbeit aufgeführt. Als Stärke gilt es die Aktualität der sieben gewählten Studien zu nennen. Alle Studien sind nicht älter als zehn Jahre, was für die Aktualität dieses Themas spricht. Eine weitere Stärke dieser Arbeit ist, dass die ausgewählten Studien aufgrund der ähnlichen Interventionen gut miteinander vergleichbar sind.

Diese Bachelorarbeit weist auch einige Schwächen auf. Aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit konnte keine systematische Datenbankrecherche durchgeführt werden und somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle für dieses Thema relevanten Studien eingeschlossen wurden. Zudem ist das Evidenzlevel der inkludierten Studien eher tief, da die Erkenntnisse aus primärer Forschungsliteratur stammen und sich somit auf Stufe sechs der Evidenzpyramide nach DiCenso et al. (2009) befinden. Bei einigen Studien war die Stichprobengrösse zu klein, um signifikante Ergebnisse zu liefern. Auch die Dauer war in den einzelnen Studien nicht ausreichend, um Langzeitauswirkungen aufzuzeigen. Eine weitere Limitation dieser Bachelorarbeit sind die Länder, in denen die verwendeten Studien publiziert wurden. Die Mehrheit der Studien wurden in Australien durchgeführt. Ein Vergleich zur Schweiz ist daher schwierig, da soziokulturelle Unterschiede bestehen.

Die fehlende Erfahrung der Autorinnen im Umgang mit Statistik und dem methodischen Vorgehen zur Bewertung von Studien gilt ebenfalls als Schwäche dieser Arbeit. Weiter sind mögliche Fehlinterpretationen aufgrund der englischen Sprache zu nennen. Der Fokus des Settings wurde bewusst auf die psychiatrischen Institutionen gesetzt. Somit wurde die Ausführung in anderen Settings nicht berücksichtigt.

Während dem Verfassen dieser Arbeit wurde schnell erkannt, dass nur eine begrenzte Anzahl evidenzbasierter Literatur vorhanden ist. Es kann gesagt werden, dass die Forschung der nicht medikamentösen pflegerischen Interventionen auf jeden Fall weiterer Forschung bedarf. Interessant wäre es zu sehen, ob Studien über einen längeren Zeitraum signifikante Ergebnisse liefern könnten. Ebenfalls fragen sich die Autorinnen dieser Arbeit, ob Schulungen und Weiterbildungskurse für die Pflegefachpersonen ausreichend wären, um deren Wissen zu diesem Thema zu erweitern, oder ob weitere Interventionen nötig wären.

5.4 Empfehlung für die Praxis

Aus dieser Bachelorarbeit lässt sich schliessen, dass die antipsychotikabedingte Gewichtszunahme ein ernst zu nehmendes Thema ist. Betroffene leiden unter diversen Problemen, welche die Lebensqualität stark beeinflussen können. Mit relativ einfachen und zeiteffizienten Massnahmen kann der Leidensdruck der Erkrankten mindestens minim vermindert werden. Erkrankte Menschen leiden oftmals mehr, als sie gegen aussen zeigen. Eine professionelle Rundumbehandlung ist bei psychischen Erkrankungen der Grundbaustein. Deshalb wird empfohlen, die Begleitung des Betroffenen bezüglich dessen Gewichtmanagements bereits bei Beginn der Antipsychotika-Therapie anzusetzen.

Die untersuchten Interventionen erfordern gewisse Qualifikationen von den Pflegenden. Um die nötigen Kompetenzen zu erlernen, wäre ein Miteinbezug in die Ausbildung der angehenden Pflegefachpersonen zu empfehlen. Weiterbildungen sollen die Kompetenzen festigen. Durch den Miteinbezug von geschultem Pflegefachpersonal kann einem Ressourcendefizit entgegengewirkt werden. Die unterschiedlichen Kompetenzen des Pflegefachpersonals können genutzt und eingesetzt werden. Ein weiterer Vorteil zeigt sich in der Finanzierung. Durch die kostengünstigen Interventionen können langfristig Kosten gesenkt werden, da teils Rückfälle und Rehospitalisationen verhindert werden können.

Die Aufgabe der Pflege ist es, den Betroffenen bestmöglich in seinem Gewichtmanagement zu unterstützen und hilfreiche Angebote zu gewähren. Pflegenden sollen die Betroffenen zu Beginn einer Antipsychotika-Therapie auf die Nebenwirkungen der Medikamente aufmerksam machen, auch wenn dies der Arzt schon machte. Betroffene können meist in den Arztgesprächen nicht alle Punkte aufnehmen und verarbeiten. Ebenfalls ist es wichtig, dass die Pflegenden Verantwortung für die Patientenversorgung und ihr autonomes Handeln in ihrem Arbeitsfeld übernehmen. Im interprofessionellen Team ist die zielgerichtete Kommunikation anzustreben.

Wissenschaftliche Daten bezüglich der antipsychotikabedingten Gewichtszunahme sind in der Schweiz unvollständig. Es empfiehlt sich, Daten aus dem Ausland in die psychiatrischen Behandlungen in der Schweiz zu integrieren. Auf jeden Fall benötigt die Schweiz weitere Forschung im Bereich der antipsychotischen Gewichtszunahme.

Schlussfolgerung

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die antipsychotikabedingte Gewichtszunahme ein stets aktuelles Phänomen ist, welches unbedingt ernst genommen werden muss. Pflegefachpersonen müssen ihre Aufgabe in der Unterstützung von Betroffenen in deren Gewichtsmanagement wahrnehmen.

Die Studien illustrieren, dass das Einsetzen von Pflegefachpersonen viele Vorteile in der Behandlung der antipsychotikabedingten Gewichtszunahme bringt. Die Resultate der Studien zeigen, dass Verhaltenstherapien, Psychoedukation, Lebensstil-Interventionen, Edukationsprogramme, Kombinationen mit Beratungsprogrammen und sportlicher Beteiligung einen positiven Einfluss auf das Gewichtsmanagement haben können.

Die Erfahrungen der Betroffenen in Bezug auf die Interventionen präsentieren sich als positiv. Vorstellbar ist, dass der Nutzen der verschiedenen Angebote sehr individuell ist und es deshalb ein breites Spektrum an Unterstützungsmöglichkeiten geben soll.

Da psychische Erkrankungen in der Schweiz in den kommenden Jahren weiter zunehmen werden, ist es essenziell, dass weitere Unterstützungsangebote aufgebaut werden (Stähelin, 2016). Die Psychoedukation wird in einigen Institutionen durch die Psychologen und Psychologinnen durchgeführt. Bei Miteinbezug der Pflege könnte die andere Berufsgruppe entlastet werden. Angebote zu Verhaltenstherapien und Lebensstil-Interventionen sollen Alternativen bieten. Die verschiedenen Interventionen lassen sich gut in den Praxisalltag integrieren.

Da alle Studien im Ausland durchgeführt wurden, ist eine Adaption zur Schweiz schwierig und es empfiehlt sich, weitere Studien in der Schweiz durchzuführen. Studien aus dem Schweizer Gesundheitssystem helfen das Defizit an Angeboten für Betroffene zu erweitern und tragen langfristig zu Kostensenkungen und zur Rückfallprävention bei.

Literaturverzeichnis

- Altenthan, S., Betscher-Ott, S., Gotthardt, W., Hobmair, H., Höhle, R., Ott, W., & Pöll, R. (2013). *Psychologie* (5. Aufl.). Köln: Bildungsverlag EINS GmbH.
- Attux, C., Martini, L. C., Elkis, H., Tamai, S., Freirias, A., Camargo, M. das G. M., . . . Bressan, R. A. (2013). A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia. *BMC Psychiatry, 13*(60), 1-9. doi: 10.1186/1471-244X-13-60
- Barbato, A. (1998). Schizophrenia and public health. *WHO Nations for mental health*. Heruntergeladen am 25. Februar 2020 von <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/schizophrenia/>
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Bäumel, J., & Pitschel-Walz, G. (2018). *Psychoedukation: Bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Benkert, O., & Hippus, H. (2012). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (10. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bondy, B. (2008). *Was ist Schizophrenie? Ursachen, Verlauf, Behandlung*. München: C.H.Beck.
- Brown, C., Goetz, J., Hamera, E., & Gajewski, B. (2014). Treatment response to the RENEW weight loss intervention in schizophrenia: Impact of intervention setting. *Schizophrenia Research, 159*(2), 421-425. doi: 10.1016/j.schres.2014.09.018

- Cheng, S.-L., Sun, H.-F., & Yeh, M.-L. (2017). Effects of an 8-Week Aerobic Dance Program on Health-Related Fitness in Patients With Schizophrenia. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 25(6), 429-435. doi: 10.1097/JNR.0000000000000200
- Curtis, J., Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S., Kalucy, M., Samaras, K., & Ward, P. B. (2016). Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(3), 267-276. doi: 10.1111/eip.12230
- D'Amelio, R., Behrendt, B., & Wobrock, T. (2007). *Psychoedukation Schizophrenie und Sucht: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen; mit 56 Folien, 30 Handouts, 9 Vordrucken und Suchtmittel-Kompendium im Anhang und als CD-ROM*. München: Elsevier, Urban und Fischer.
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Finetuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*. 12(4), 99-101. doi: 10.1136/ebn.12.4.99-b
- Falkai, P., & Hasan, A. (2019). *Praxishandbuch Schizophrenie: Diagnostik - Therapie - Versorgungsstrukturen*. München: Elsevier Health Sciences.
- Fogarty, M., Happell, B., & Pinikahana, J. (2004). The benefits of an exercise program for people with schizophrenia: A pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(2), 173-176. doi: 10.2975/28.2004.173.176
- Fraser, S. J., Brown, W. J., Whiteford, H. A., & Burton, N. W. (2018). Impact of nurse-led behavioural counselling to improve metabolic health and physical activity among adults with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 619-630. doi: 10.1111/inm.12343
- Frey, I., Lübke-Schmid, L., & Wenzel, W. (2002). *Krankenpflegehilfe: Alle Fächer für Ausbildung und Praxis; 84 Tabellen* (11. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Gaebel, W., & Wölwer, W. (2010, Juni 1). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Robert Koch-Institut*, 50(1). Heruntergeladen am 12. Dezember 2019 von http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Schizophrenie_inhalt.html/
- Gassmann, M., Marschall, W., & Utschakowski, J. (2006). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Green, C., Janoff, S., Yarborough, B., & Yarborough, M. (2014). A 12-Week Weight Reduction Intervention for Overweight Individuals Taking Antipsychotic Medications. *Community Mental Health Journal*, 50(8), 974-980. doi: 10.1007/s10597-014-9716-9
- Häfner, H. (2017). *Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: C.H.Beck.
- Huch, R., & Jürgens, K. D. (2015). *Mensch Körper Krankheit* (7. Aufl.). München: Urban und Fischer.
- Iglesias-García, C., Toimil-Iglesias, A., & Alonso-Villa, M. J. (2010). Pilot study of the efficacy of an educational programme to reduce weight, on overweight and obese patients with chronic stable schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(9), 849-851. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01590.x
- Kircher, T., & Gauggel, S. (2007). *Neuropsychologie der Schizophrenie: Symptome, Kognition, Gehirn*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Klimitz, H. (2006). Psychoedukation bei schizophrenen Störungen—Psychotherapie oder „Unterwanderung“? *Psychiatrische Praxis*, 33(8), 372–382. doi: 10.1055/s-2005-915333
- Lambert, M., & Naber, D. (2009). *Pharmakotherapie der Schizophrenie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Leucht, S. (2007). *Therapie der Schizophrenie*. München: Elsevier GmbH Urban & Fischer Verlag.
- Lincoln, T. (2014). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz*. Göttingen: Hogrefe
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- Littrell, K. H., Hilligoss, N. M., Kirshner, C. D., Petty, R. G., & Johnson, C. G. (2003). The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 35(3), 237-241. doi: 10.1111/j.1547-5069.2003.00237.x
- Magni, L. R., Ferrari, C., Rossi, G., Staffieri, E., Uberti, A., Lamonaca, D., . . . Rossi, R. (2017). Superwellness Program: A cognitive-behavioral therapy-based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsychotic drugs. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 39(3), 244-251. doi: 10.1590/1516-4446-2016-1993
- Margraf, J. (2003). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen - Diagnostik - Verfahren - Rahmenbedingungen*. Berlin: Springer Verlag.
- Milano, W., Grillo, F., Del Mastro, A., De Rosa, M., Sanseverino, B., Petrella, C., & Capasso, A. (2007). Appropriate intervention strategies for weight gain induced by olanzapine: A randomized controlled study. *Advances in Therapy*, 24(1), 123-134. doi: 10.1007/BF02850000
- Möller, H.-J., & Deister, A. (2003). Schizophrenie. In Hans-Jürgen Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 1051-1122). Heidelberg: Springer.
- Noack, S. (2014). *Salutogenese – Gesundheitsförderung für alle: Kann die körperliche Fitness von Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessert werden?* Hamburg: Diplomica Verlag.

- Peterson, J. A. (2007). Get moving! Physical activity counseling in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 349-357. doi: 10.1111/j.1745-7599.2007.00239.x.
- Pfeifer, S. (2005). *Schizophrenie: Verstehen, Beraten, Bewältigen*. Seminarheft Klinik Sonnenhalde. Heruntergeladen am 12. Dezember 2019 von <http://www.sonnenhalde.ch/de/klinik/publikationen/seminarhefte/schizophrenie.html/>
- Poulin, M.-J., Chaput, J.-P., Simard, V., Vincent, P., Bernier, J., Gauthier, . . . Tremblay, A. (2007). Management of antipsychotic-induced weight gain: Prospective naturalistic study of the effectiveness of a supervised exercise programme. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(12), 980-989. doi: 10.1080/00048670701689428
- Preusse-Bleuler, B., & Ris, I. (2015). *Arbeitsinstrument für ein critical appraisal AICA eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Pschyrembel, W. (2017). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (267. Aufl.). Berlin: De Gruyter.
- Ratliff, J. C., Palmese, L. B., Reutenauer, E. L., Liskov, E., Grilo, C. M., & Tek, C. (2012). The effect of dietary and physical activity pattern on metabolic profile in individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 1028-1033. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.02.003
- Roder, V., & Müller, D. R. (2013). *INT - Integrierte neurokognitive Therapie bei schizophren Erkrankten*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- SBK–ASI: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2020). *Pflegeausbildung*. Heruntergeladen am 15. Januar 2020 von <http://www.sbk.ch/bildung.html/>
- Schäfer, U., & Rüther, E. (2004). *Schizophrenie: Eine Krankheit - kein Unwort; ein Ratgeber*. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag.

- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (2012). *Thiemes Pflege* (12. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Schmid, B., Strub, P., & Studer-Flury, A. (2011). *Arzneimittellehre für Krankenpflegeberufe* (9. Aufl.). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Stähelin, P. (2016). *SBAP. – Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie. Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz*. Heruntergeladen am 15. März 2020 von <http://sbap.ch/>
- Usher, K., Park, T., Foster, K., & Buettner, P. (2012). A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1539-1548. doi: 10.1111/jan.12012
- Van Meer, K., Van Neijenhof, J. (1994) Elementare soziale Fertigkeiten. Maastricht: Transferpunkt «Fertigkeitsunterricht». S. 37-79.
- VASK Schweiz Dachverband. (2014, August 14). Schizophrene Störungen. *VASK Schweiz Dachverband*. Heruntergeladen am 31. August 2019 von <http://www.vask.ch/de/Bewaeltigungshilfen/Situation-der-Betroffenen/Diagnosen-Verlauf-Therapien/Schizophrene-Stoerungen/Schizophrene-Stoerungen-Fortsetzung/>
- Watkins, A., Denney-Wilson, E., Curtis, J., Teasdale, S., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Stein-Parbury, J. (2019). Keeping the body in mind: A qualitative analysis of the experiences of people experiencing first-episode psychosis participating in a lifestyle intervention programme. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 278-289. doi: 10.1111/inm.12683
- Widmer, S. (2018, Mai 7). PowerPoint Nervensystem. *ZHAW Bachelor Pflege*. Heruntergeladen am 12. Januar 2020 von <http://moodle0.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=861135/>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Flow-Chart zur Literaturrecherche (n=Anzahl Studien).....16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Entwicklungsstufen nach Erikson (eigene Darstellung in Anlehnung an
 Altenthan et al., 2013)11
 Tabelle 2 Keywords und Schlagwörter (eigene Darstellung)13
 Tabelle 3 Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)14
 Tabelle 4 Tabellarischer Überblick der Studien (eigene Darstellung)19

Abkürzungsverzeichnis

AICA	Arbeitsinstrument für Critical Appraisal
APN	Advanced Practice Nurse
BMI	Body Mass Index
CBT-Intervention	Kognitiv-verhaltensbasierte Intervention
EPS	Extrapyramidalmotorische Symptome
HF	Höhere Fachschule
FH	Fachhochschule
IG	Interventionsgruppe
KBIM-Intervention	«Keeping your body in mind»-Intervention
KG	Kontrollgruppe
LWP	«Lifestyle-Wellness-Program»
MSc	Master of Science
TAU	«Treatment as usual», Standardbehandlung

Wortzahl

Abstract:	185	(exklusive Keywords)
Arbeit:	11346	(exklusive Abstract, Abbildungen, Tabellen, Verzeichnisse, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei Heidi Sommer für die fachkompetente Unterstützung als Betreuungsperson und die stetige Bereitschaft, unsere Fragen zu beantworten, bedanken.

Auch den Lektorinnen unserer Arbeit, [REDACTED], möchten wir unseren Dank aussprechen. Wir schätzen die wertvollen Inputs und danken herzlich für das geduldige Gegenlesen.

[REDACTED] danken wir für die Unterstützung des Layouts.

Wir danken uns gegenseitig für die reibungslose Zusammenarbeit und die vielen Erkenntnisse, welche wir durch diesen Prozess gewinnen konnten und für unseren weiteren Lebensweg nutzen können.

Abschliessend gilt ein grosses Dankeschön unseren Familien und Freunden für ihre motivierenden Worte und das entgegengebrachte Verständnis.

Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur, 01.05.2020

[REDACTED]

Bauknecht Claudia

Ryf Michèle

Anhang

Anhang A: Protokoll der Literaturrecherche

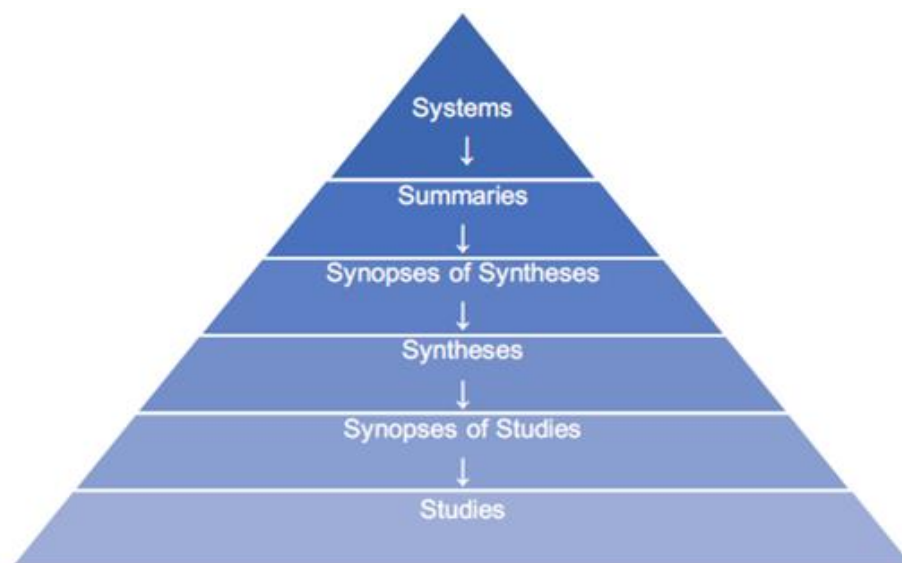
Keywords	Datenbank	Anzahl Treffer gesamt	Anzahl relevante Titel	Anzahl relevante Abstracts	Relevante Literatur
schizophrenia AND (weight gain) AND nurse* AND interven- tion AND adult*	Pubmed	8	4	2	Magni, L. R., Ferrari, C., Rossi, G., Staffieri, E., Uberti, A., Lamonaca, D., . . . Rossi, R. (2017). Superwellness Program: A cognitive-behavioral therapy- based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsy- chotic drugs. <i>Revista Brasileira De Psiquiatria</i> , <i>S. 244-251</i> .
schizophrenia AND weight gain manage- ment AND program* NOT review	Pubmed	32	10	2	Attux, C., Martini, L. C., Elkis, H., Tamai, S., Freirias, A., Camargo, M. das G. M., Mateus, M. D., Mari, J. de J., Reis, A. F., & Bressan, R. A. (2013). A 6- month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia. <i>BMC Psychiatry</i> , <i>13</i> , S. 1-9.
mental disorder* AND weight management AND nursing interven- tion	Pubmed	16	5	1	Usher, K., Park, T., Foster, K., & Buettner, P. (2013). A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise interven- tion designed for people with serious mental illness who take second genera- tion antipsychotics. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , <i>69(7)</i> , S.1539-1548.
nurs* AND antipsy- chotic* AND weight gain* AND schizophre- nia	Pubmed	39	11	3	Watkins, A., Denney-Wilson, E., Curtis, J., Teasdale, S., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Stein-Parbury, J. (2019). Keeping the body in mind: A qualitative analy- sis of the experiences of people experiencing first-episode psychosis participat- ing in a lifestyle intervention programme. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , <i>S. 1-9</i> .

Keywords	Datenbank	Anzahl Treffer gesamt	Anzahl relevante Titel	Anzahl relevante Abstracts	Relevante Literatur
((mental disorder OR illness) and nurs* and weight gain)	PsycINFO	21	14	4	Curtis, J., Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S., Kalucy, M., Samaras, K., & Ward, P. B. (2016). Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. <i>Early Intervention in Psychiatry, 10</i> (3), S. 267–276.
mental disorder AND nursing AND adult AND weight AND metabolic health	Pubmed	39	15	3	Fraser, S. J., Brown, W. J., Whiteford, H. A., & Burton, N. W. (2018). Impact of nurse-led behavioural counselling to improve metabolic health and physical activity among adults with mental illness. <i>International Journal of Mental Health Nursing, 27</i> (2), S. 619-630.

Anhang B: Glossar

Begriffe	Erklärung
Amenorrhoe	Ausbleiben der Menstruation (Schmid et al., 2011)
Akathisie	Unstillbarer Bewegungsdrang (Schmid et al., 2011)
Dopamin	Erregender Neurotransmitter (Bondy, 2008)
Dyskinesie	Bewegungsstörungen, meist pharmakologisch induziert (Schmid et al., 2011)
Didaktik	Kunst und Wissenschaft des Lehrens und Lernens (Bäumel & Pitschel-Walz, 2018)
Hebephrene Schizophrenie	Positivsymptomatik im Vordergrund (Wahn, Halluzinationen, Affektstörungen, Störung der Psychomotorik & des Antriebs) (Bondy, 2008)
Katatone Schizophrenie	Gekennzeichnet durch psychomotorische Störungen (Bondy, 2008)
Paranoide Schizophrenie	Wahn, Halluzinationen und Ich-Störung im Vordergrund (Bondy, 2008)
Somnolenz	Schläfriger Zustand, durch äussere Reize noch weckbar (Schmid et al., 2011)
Xerostomie	Feuchtigkeitsmangel der Mundschleimhaut (Schmid et al., 2011)

Anhang C: 6S Pyramide: Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)



Anhang D: 5A-Modell nach Peterson (2007)

5 A's approach	Date
Assess	<p>Assess beliefs, knowledge, values, and attitudes regarding initiating an active lifestyle</p> <p>Determine current physical activity level and preference of physical activities (Use IPAQ or another tool)</p> <p>Ascertain readiness, motivation, and self-confidence in implementing physical activity. Identify factors that would increase the patient's readiness to increase physical activity</p> <p>Assess social support for physical activity from family, friends, and within the community</p> <p>Use PAR-Q to determine if patient can safely initiate a physically active lifestyle</p> <p>Assess for current health conditions or symptoms that would limit or prevent initiation of moderate-intensity physical activity</p> <p>If needed, perform additional exercise testing for patients with high risk for physical activity</p> <p>Determine what barriers the patient may have to achieving physical activity recommendations</p>
Advise	<p>Suggest patient achieve the <i>Healthy People 2010</i> physical activity recommendations (provide handout)</p> <p>Discuss health benefits of implementing physical activity (provide handout) and potential risks and how to minimize risks</p> <p>Offer strategies to minimize patient's barriers for achieving physical activity recommendations</p> <p>Tailor physical activity recommendations to individualized patient needs and their capabilities</p> <p>Enhance the patient's motivation for physical activity by providing information and collaborative problem solving</p>
Agree	<p>Discuss with patient strategies to implement if a lapse in physical activity occurs</p> <p>Collaboratively with patient establish physical activity goal(s)</p> <p>Negotiate with the patient, the methods that will be utilized to achieve the physical activity goal</p> <p>Establish with patient, the specific physical activity behavior and when and with whom it will be performed</p> <p>Negotiate a feasible time frame for goal evaluation and modification</p> <p>Provide written exercise prescription and a copy of patient's established goals (place a copy in the patient's file)</p>
Assist	<p>Recommend community resources to support patient in attainment of physical activity goals</p> <p>Help patient enlist needed support for increasing a physically active lifestyle</p> <p>Provide a list of community agencies and resources that will assist the patient to increase physical activity (provide handout)</p> <p>Assist in identifying strategies to overcome barriers to physical activity</p>
Arrange	<p>Share negotiated plan with health team and collaborate with patient to foster goal attainment</p> <p>Establish routine follow-up visits to evaluate progress toward attainment of physical activity goals</p> <p>Evaluate patient's progress toward attainment of physical activity goals</p> <p>Adjust the physical activity behavior goals as need to achieve physical activity recommendations</p> <p>Provide consistent physical activity counseling to promote long-term adherence</p>

Anhang E: Zusammenfassung und Würdigung der Studien im AICA Raster

Anhang E1: Magni et al. (2017)

Zusammenfassung der Studie: Magni et al. (2017) Superwellness Program: a cognitive-behavioral therapy-based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsychotic drugs

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Übergewicht und Adipositas sind häufig auftretende Phänomene bei an Schizophrenie leidenden Personen, welche sich mit Antipsychotika behandeln lassen. Antipsychotika erhöhen das Risiko einer Gewichtszunahme, Adipositas, Diabetes mellitus und einer kardiovaskulären Erkrankung. Diese Risikofaktoren führen zu einer Abnahme der Lebensqualität und einer höheren Sterblichkeit. Die Prävalenz von Adipositas liegt bei Betroffenen 40 bis 60 % höher als bei der allgemeinen amerikanischen Bevölkerung. Die Gewichtszunahme ist einer der häufigsten Gründe,</p>	<p>Es handelt sich um eine prospektive multizentrische Studie mit einem quantitativen Forschungsdesign. Der Studie folgt eine 6-monatige Nachmessung. Zur Population gehören 85 Patienten und Patientinnen aus fünf psychiatrischen Zentren in Italien. Die Teilnehmenden kommen aus vier stationären Einrichtungen und aus einer ambulanten Einrichtung.</p> <p>Zu den Einschlusskriterien gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose: Schizophrenie oder eine schizoaffektive Störung, welche mit Antipsychotika behandelt wird - Zwischen 18 und 65 Jahre alt - Der BMI musste über 25 liegen - Unterschriebene Einverständniserklärung <p>Zu den Ausschlusskriterien gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anorexia nervosa - Bulimie - Alkohol- oder Substanzabhängigkeiten - Kognitive Beeinträchtigung <p>Die Teilnehmenden wurden nacheinander in die Versuchs- oder die Kontrollgruppe eingeteilt.</p>	<p>Die beiden Gruppen waren zu Beginn der Studie homogen bezüglich der soziodemographischen Faktoren. Die Mehrheit der Teilnehmenden litt an einer Schizophrenie mit langjähriger Krankheit. Dabei liegt die durchschnittliche Evaluationszeit bei 17.3 Jahren. 93 % der Teilnehmenden nehmen Antipsychotika zu sich, wobei 7 % ein atypisches Antipsychotikum nehmen. Die Teilnehmenden werden entsprechend ihrer Antipsychotika in Gruppen unterteilt (Clozapin/Olanzapin, Quetiapin/Risperidon, Aripipazol). Dabei weisen die Medikamente Clozapin und Olanzapin das höchste Risiko zur Gewichtszunahme auf. Obwohl die Chi-square Statistik in der ganzen Studie nicht signifikant</p>	<p>Die Studie zeigt, dass die CBT-Intervention eine nützliche Intervention bezüglich einer Gewichtsabnahme in einer nicht ausgewählten klinischen Population mit einer Einnahme von Antipsychotika ist. Es ist eine zeiteffiziente und kostengünstige Intervention. Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe. Der BMI vermindert sich in der Versuchsgruppe um 0.6kg/m². Hingegen vergrößerte sich der BMI in der Kontrollgruppe. Allerdings zeigt sich in der Studie, dass die Verbesserung des BMI nur während der Intervention stattfand und nicht mehr während der 6-monatigen Nachverfolgung. Es zeigt sich, dass psychisch kranke Menschen mit Medikamenteneinnahmen,</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>eine Behandlung mit Antipsychotika abzubrechen. Deswegen sollte das Gewichtsmanagement ein Interventionsziel werden. Das Interesse besteht an medikamentösen und nicht medikamentösen Interventionen. Zusammenhängend kann gesagt werden, dass die Adhärenz der Patienten mit dem Gewicht des Patienten in Verbindung steht. Dazu wurden viele medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen entwickelt. Leider zeigen sich bei den medikamentösen Interventionen ebenfalls Nebenwirkungen der gegebenen Medikamente. Eine Metaanalyse zeigte, dass die nicht medikamentösen Interventionen effizienter sind als die Medikamentösen.</p> <p>Das Ziel der Studie ist es die Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapie basierten Intervention (CBT)</p>	<p>Zur CBD-Gruppe (Versuchsgruppe) zählen 59 Patienten / Patientinnen und in der TAU-Gruppe (Kontrollgruppe) sind es 26. Die beiden Gruppen waren zu Beginn der Studie homogen bezüglich den soziodemographischen Faktoren. Die Mehrheit der Teilnehmenden litt an einer Schizophrenie mit langjähriger Krankheit. Die Studie beschreibt nicht, wie die Behandlung der TAU-Gruppe aussieht. Lediglich wird erwähnt, dass die Kontrollgruppe eine standardmässige italienische psychiatrisch-psychologische Behandlung erhält. Die TAU-Gruppe erhielt aber Informationen über Ernährung und wurde zu einem gesunden Lebensstil angehalten. Das Programm beinhaltet eine 32-wöchige einstündige Sitzung mit einer Psychologin und einer Ernährungsberaterin oder einer Pflegefachperson. Den Probanden wurde eine mässige Nahrungsaufnahme ohne gezielte Nahrungsverbote angeordnet. Empfohlen wurden, mediterrane Nahrungsmittel. Weiter erhielten die Teilnehmenden einen Diätplan, um ihre Ernährung zu überwachen. Die CBT beinhaltet 4 verschiedene Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychoedukation mit dem Thema Ernährung: dabei erhalten Patienten Informationen zur Nahrungsmittelpyramide, täglichen Nahrungsmittel Bedürfnissen und Empfehlungen zur erfolgreichen kalorienreduzierten Diät. - Kognitive Aspekte: Um den Teilnehmenden falsche Überzeugungen des Essverhaltens aufzuzeigen. 	<p>war, kann das Resultat für diese Variable ähnlich angesehen werden.</p> <p>Nach 16 Wochen Behandlung hat sich der BMI der Versuchsgruppe um 1.9 % vermindert (Verringert von 32.6 kg/m² auf 32 kg/m²). Hingegen erhöhte sich der BMI in der Kontrollgruppe um 0.6 % (Erhöht von 35 kg/m² auf 35.6 kg/m²). Das ANOVA-Modell vom BMI zeigte für die beiden Haupteffekte signifikante Ergebnisse für die Gruppe und die Zeit. Somit konnten für den BMI signifikante (p-Wert = 0.024) Ergebnisse präsentiert werden. Es wurden keine weiteren signifikanten Effekte in anderen Outcomes erkannt (PANSS-Skala, WHOQOL-BREF Unterskala, SF-36 körperlich geistiger Index)</p> <p>Ein Wechselwirkungseffekt zeigt sich bei der GAF-Skala. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Männer mehr Gewicht verloren haben als Frauen. Weiter kann aufgezeigt wer-</p>	<p>welche den Appetit steigern, mehr Mühe haben, eine Diät durchzuführen.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass durch die Reduktion des Cholesterinspiegels und des Triglyceridspiegels sowie des Taillenumfangs das Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen gesunken ist.</p> <p>Anzunehmen ist, dass je länger ein psychiatrischer Patient schon an seiner Krankheit leidet, desto schwieriger ist es, den BMI zu reduzieren und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu erlangen. Es wird aufgezeigt, dass psychiatrische Patienten 10 bis 15 Jahre vor der Allgemeinbevölkerung an einer kardiovaskulären Erkrankung erkranken.</p> <p>Grundsätzlich kann gesagt werden, dass eine solche Intervention zu Beginn jeder medikamentösen Therapie angewendet werden soll. Die Intervention ist kostensparend, da die Gewichtszunahme einer der Hauptgründe einer mangelnden Adhärenz ist. Aufgrund der Gewichtszunahme</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>auf die Gewichtszunahme im Vergleich zu einem "Treatment as usual (TAU)" in einem psychiatrischen und psychosozialen Behandlungsregime in Italien zu analysieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Emotionale Aspekte: Selbstbeobachtung des Essverhaltens. Dazu wurde ein Diät Tagebuch geführt. - Verhaltenstechnische Aspekte: den Teilnehmenden wurden Verhaltensänderungen gezeigt, wie sie eine gewünschte Nahrungsaufnahme zwischen den Mahlzeiten verhindern können. Es wurden Skills erarbeitet, welche in solchen Situationen angewendet werden können. <p>Mit Assessments, Gewichtsmessungen und Laborkontrollen wurden Daten zu Beginn der Intervention, nach 16 Wochen und nach 6 Monaten gesammelt. Die Grösse wurde zu Beginn der Studie gemessen. Das Gewicht wurde bei Start, nach 16 Wochen und nach 6 Monaten gemessen. Ein klinisches Assessment wurde zu Beginn, nach 16 Wochen und nach 6 Monaten durchgeführt.</p> <p>Folgende Skalen wurden zur Beurteilung verwendet: die Positiv- und Negativ-Syndrom-Skala (PANSS) zur Beurteilung der positiven und negativen Symptomatik; die Global Assessment of Functioning (GAF) -Skala zur Bewertung der psychologischen, sozialen und beruflichen Funktionsweise; das WHO-Lebensqualitäts-BREF (WHOQOL-BREF) zur Messung der Lebensqualität; und der Short Form-36 Health Survey (SF-36) zur Beurteilung der Patientengesundheit.</p> <p>Laborkontrollen wurden zur Cholesterin- und Trygliceridkontrolle gemacht. Zusätzlich wurde der Taillenumfang gemessen. Diese Parameter wurden zur kardiovaskulären Risikobeurteilung gesichtet.</p>	<p>den, dass je länger die Erkrankung bereits besteht, desto weniger effektiv war die Intervention. Es wird erläutert, dass je tiefer der BMI ist, umso tiefer ist der metabolische Risikoindex.</p> <p>Schlussendlich kann beobachtet werden, dass sich während der 6-monatigen Nachbeobachtung keine signifikanten ($p=0.499$) indirekten Effekte der Intervention zeigten. Der BMI lag in der Interventionsgruppe bei $31,7 \text{ kg/m}^2$ und bei 35.6 kg/m^2 in der Kontrollgruppe.</p> <p>Keine signifikanten Ergebnisse in PANSS-Wert (p-Wert = 0.676), GAF (p-Wert = 0.05), WHOQOL-BREF-Skala und im SF-36 Physical-Mental Index. Alle Variablen, die signifikante Änderungen im Hauptergebnis (BMI) zeigten wurden ins SEM (structural equation model) aufgenommen.</p> <p>Schliesslich kann gesagt werden, dass keine signifikante Korrelation zwischen dem BMI zu Beginn und dem BMI nach</p>	<p>brechen mehr Patienten ihre medikamentöse Therapie ab was zu einem Anstieg der Rehospitalisationen und somit auch zu steigenden Kosten führen kann. Es würde sich aufgrund eines besseren Gewichtsmanagements möglicherweise eine Stigmatisierung verhindern lassen.</p> <p>Es lässt sich spekulieren, dass es schwieriger ist, eine Verbesserung der Lebensqualität bei psychiatrischen Patienten zu erreichen als bei gesunden Menschen.</p> <p>Die Forschungsfrage konnte somit beantwortet werden, da sich im BMI ein signifikanter Unterschied zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe zeigte.</p> <p>Für die Praxis kann gesagt werden, dass die Medikamentenadhärenz, die Rückfallquote und die soziale Isolation beeinflusst werden kann. Ebenfalls wird die Prävention von medizinischer Komorbidität angesprochen.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>Der Mittelwert und die Standardabweichung (für die kontinuierlichen Variablen, absolute und relative Häufigkeit für kategoriale Variablen) wurden für die demographischen und klinischen Merkmale verwendet. Parametrische t-Tests wurden verwendet, um das Fehlen von Unterschieden in demografischen und klinischen Variablen (Alter, Gewicht, Krankheitsdauer und Stoffwechselfparameter) zwischen zwei Gruppen vor der Intervention zu bewerten. Chi-Quadrat-Tests wurden verwendet, um das Fehlen von Assoziationen zwischen den beiden Gruppen und der kategorialen soziodemografischen und klinischen Variablen (Geschlecht, Ehe-Status, Diagnose, Art des Antipsychotikums) vor Intervention zu analysieren. Eine Varianzanalyse mit wiederholten Messungen (ANOVA) wurde verwendet, um das Fortschreiten der Haupt- (BMI) und andere Ergebnisvariablen (WHOQOL-BREF, PANSS, GAF, SF-36 Physical und psychische Indikationen) über die Zeit und zwischen den Gruppen zu analysieren. Weiter wurde ein Strukturgleichungsmodell (SEM) verwendet, um die Analyse der Wechselbeziehungen zwischen der Interventionsgruppen und den anderen soziodemografischen Variablen bezüglich der Korrelation mit dem BMI. Die Höhe des Signifikanzniveaus wurde auf den p-Wert unter 0.05 gesetzt.</p>	<p>6 Monaten bestand, was darauf hinweist, dass die Intervention keinen signifikanten ($p= 0.499$) Effekt auf die Nachmessung hatte.</p>	

Würdigung der Studie: Magni et al. (2017) Superwellness Program: a cognitive-behavioral therapy-based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsychotic drugs

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie zeigt eine wichtige und nützliche Intervention in der Berufspraxis bezüglich des Gewichtsmanagements auf. Die Verfasser der Studie zeigen die Wichtigkeit des zu untersuchenden Gebietes auf. Die Zusammenhänge werden anhand von empirischer Literatur veranschaulicht. Somit ist der Zusammenhang zum Forschungsbedarf ersichtlich und die Relevanz für die Berufspraxis wird aufgezeigt. Eine eindeutig verfasste Forschungsfrage wird nicht genannt. Das Studienziel wird klar formuliert, wobei dies die Analyse der Effektivität der CBT-Intervention ist. Keine Hypothese wird zur Verdeutlichung verwendet.</p>	<p>Die Wahl des quantitativen Studiendesigns ist in Verbindung mit dem Forschungsziel nachvollziehbar und sinnvoll, da die Wirksamkeit der CBT-Intervention geprüft wird. Die Wahl dieses Designs wird aber von den Forschenden nicht begründet. Die Gefahren der internen und externen Validität werden von den Forschenden innerhalb der Studie nicht besprochen. Die Stichprobengröße ist mit 85 Teilnehmenden eher klein. Entsprechend des Forschungsziels wurden plausible Ein- und Ausschlusskriterien genannt. Drop-outs wurden keine beschrieben. Die Ergebnisse lassen sich auf psychisch Erkrankte mit den gleichen Einschlusskriterien übertragen. Die Teilnehmenden werden nacheinander in CBD-Gruppe und TAU-Gruppe eingeteilt. Die Intervention der CBD-Gruppe wird exakt beschrieben. Die Behandlung der TAU-Gruppe wird nicht genau beschrieben. Mögliche Einflüsse auf die Intervention werden im Methodenteil nicht erläutert. Es wird nicht verständlich beschrieben, was die Aufgabe der Pflege war. Das Signifikanzniveau wird angegeben aber nicht begründet. Die Datenerhebung wird verständlich verfasst. Die Datenerhebung fand für alle Teilnehmenden auf gleiche Weise statt. Es wurden anerkannte und somit reliable und valide Messinstrumente verwendet. Es wird nicht erwähnt, ob die Psychologin oder die Ernährungsberatung/ Pflege die Datenauswertung machten. Ethische Fragen werden nicht diskutiert, einzig eine Einwilligungserklärung wird von den Teilnehmenden eingeholt.</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise und verständlich dargestellt. Sie werden mit Tabellen und Grafiken sinnvoll ergänzt. In den Tabellen sind alle Testresultate ersichtlich, wobei im Fließtext nur auf die signifikanten eingegangen wird. Alle Aussagen werden verständlich begründet und mit Zahlen untermauert. Gründe für die nicht signifikanten Ergebnisse der Resultate der Nachverfolgung werden nicht genannt.</p>	<p>Die Resultate werden in Bezug auf die Fragestellung der Studie diskutiert. Als Limitation kann ein nicht-randomisiertes Design aufgezählt werden. Das Fehlen der Randomisierung macht die Studie weniger reliabel. Obwohl zu Studienbeginn signifikante Unterschiede für die Ergebnisse festzustellen waren, ist die Studie aufgrund der fehlenden Randomisierung weniger zuverlässig und verallgemeinerbar als eine randomisierte Studie. Es wird die kleine Stichprobe erwähnt und die relativ kurze Untersuchungsdauer. Somit werden Stärken und Schwächen der Studie aufgezeigt. Ein Grund, wieso Männer mehr Gewicht verloren haben, wird nicht erklärt. Es werden keine Gründe genannt, wieso sich der BMI während der Nachverfolgung nicht verbesserte. Es werden keine Aspekte erwähnt, welche für eine nachhaltige Wirksamkeit notwendig wären. Die Studie wäre in einem anderen Setting unter gleichen Bedingungen (gleiche Ein- und Ausschlusskriterien) wiederholbar wäre. Die Forschenden erwähnen, dass die Intervention gut in psychiatrischen Kliniken angewendet werden kann. Die Ergebnisse sind realistisch in die Praxis umsetzbar, da die Psychoedukation innerhalb des Pflegeprozesses von Pflegefachpersonen ausführbar ist.</p>

Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> Keine Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden Messinstrumente allgemein anerkannt und genau erläutert 	<ul style="list-style-type: none"> Die Charakteristika der Pflegefachpersonen, welche die Interventionen durchführen, werden in der Studie nicht aufgezeigt
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> Reproduzierbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Randomisierung
Validität	<ul style="list-style-type: none"> Verwendete Messinstrumente sind valide Klare Ein- und Ausschlusskriterien 	<ul style="list-style-type: none"> Ausschlusskriterien machen Studie möglicherweise nicht repräsentativ auf alle chronisch Erkrankten und andere Settings

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009):

Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) eingeordnet, da es sich um eine einzelne Studie handelt, also um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Anhang E2: Usher et al. (2012)

Zusammenfassung der Studie: Usher et al. (2012) A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die atypischen Neuroleptika sind bekannt für eine Gewichtszunahme in den ersten Wochen der medikamentösen Therapie. Nach der anfänglichen Situation setzt sich die Gewichtszunahme auf tieferem Niveau fort. Die Gewichtszunahme führt zu Fettleibigkeit und dies erhöht wiederum die Sterblichkeit. Folglich ist auch die Lebensqualität eingeschränkt. Frühere Studien aus Australien zeigen, dass psychisch Erkrankte eine höhere Prävalenzrate für das metabolische Syndrom aufweisen. Sobald eine Therapie mit atypischen Antipsychotika begonnen wird, sollte bereits</p>	<p>Die quantitative Studie wurde in einem experimentellen randomisiert kontrollierten Design verfasst. Die Forschenden haben mit ausgehängten Plakaten in lokalen psychiatrischen Institutionen und nicht-parlamentarischen Organisationen nach Studienteilnehmenden gesucht. Die Teilnehmenden wurden durch Mundpropaganda und Vorträge informiert. 104 Teilnehmenden haben sich auf die Ausschreibung gemeldet, wobei drei Personen schlussendlich nicht teilnehmen konnten. Die Population besteht aus 101 Personen, wobei die Interventionsgruppe (IG) 50 Personen und die Kontrollgruppe (KG) 51 Personen umfasst. Die Teilnehmenden kommen aus fünf australischen psychiatrischen Institutionen.</p> <p>Um für die Studie zugelassen zu werden, mussten die Teilnehmenden unter einer schweren psychischen Erkrankung (Schizophrenie, bipolare Störung/ andere psychische Störungen) leiden, volljährig sein, aktuell nicht psychotisch sein, atypische Antipsychotika einnehmen, englischsprachig sein und in North Queensland leben.</p> <p>Die Intervention: Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe trafen sich während 12 Wochen je für eine Stunde pro Woche mit einem Team aus erfahrenen Psychiatrie-Pflegefachpersonen. Das Pflegefachpersonal stand in Kontakt mit Fallmanagern. Es war während der ganzen Studie die gleiche Pflegefachperson, welche die Gruppenintervention leitete. Die Treffen beinhalteten Bildung und Diskussion über ein Gesundheitsthema und die Fortschritte der Patienten und Patientinnen. Nach der Edukation wurde ein 30-minütiges Sport Training durchgeführt. Während dem Programm war es wichtig, dass Konsequenzen der Schizophrenie, besonders die mentalen Probleme wie</p>	<p>Während 84.2 % der Teilnehmenden an Schizophrenie leiden, nahmen über 92 % ein atypisches Neuroleptikum. 36 % der Teilnehmenden nahm Olanzapin zu sich. 89 Patienten hatten einen erhöhten BMI. Der Männeranteil war leicht erhöht.</p> <p>Die Interventionsgruppe verlor während der Intervention 0.74 kg, wobei die Kontrollgruppe lediglich 0.17 kg verlor. Die Ergebnisse dazu erwiesen sich als nicht signifikant.</p> <p>Bezüglich der Medikamentencompliance konnten je sieben Patienten aus beiden</p>	<p>Die Studie zeigt auf, dass Einzel- oder Gruppenlebensstil-Interventionen einen bescheidenen Gewichtsverlust während der Behandlung mit 2. Generations Antipsychotika hervorbringen können. Dabei spielen vor allem der gesunde Lebensstil, die regelmässige sportliche Aktivität und die motivierende Gesprächsführung eine wichtige Rollen. Der Fehler, aufgrund welchem keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden konnten, könnte an der Population liegen. Alle Teilnehmenden nahmen seit Längerem atypische Neuroleptika, mit welchen es möglich ist, dass die Patienten ein Niveau erreichten, welches eine Gewichtsabnahme weniger wahrscheinlich macht. Möglich wäre auch, dass die Dauer der Studie zu kurz war. Die Kontrollgruppe erhielt eine Broschüre zu einem gesunden</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>an Intervention zum Gewichtsmanagement gedacht werden. Dabei sollte Lebensstil-Bildung, verminderte Kalorienzufuhr und vermehrte sportliche Betätigung miteinbezogen werden. Mehrere Studien wurden bereits zur Kontrolle des Gewichtsmanagements veröffentlicht.</p> <p>Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Lebensstil-Interventionen effizienter sind als pharmakologische Interventionen.</p> <p>Das Ziel der Studie ist es den Effekt einer pflegerischen Intervention zum Gewichtsmanagement bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, welche atypische Antipsychotika zu sich nehmen, zu prüfen.</p>	<p>Konzentrationsschwierigkeiten und die Abnahme der Lebensqualität angesprochen worden. Um das Lernen zu verbessern, wurden mit Hilfe von Bildern Ernährungstipps an die Teilnehmenden kommuniziert.</p> <p>Die IG und KG erhielt eine Kopie des Interventionbuches. Nur die Interventionsgruppe traf sich wöchentlich.</p> <p>Folgende Outcome-Daten wurden gemessen: Gewicht, Grösse, Umfangmessungen und BMI. Die Daten wurden zu Beginn der Studie und nach 12 Wochen durch einen Forschungsassistenten gemessen. Verschiedene Fragebögen und Messinstrumente wurden verwendet, um die mit der Intervention verbundenen Effekte bezüglich der Lebensqualität und den Nebenwirkungen von den Medikamenten besser zu verstehen. Zusätzlich wurde die Adhärenz zu den Medikamenten gemessen. Untersucht wurde mittels des «medication compliance questionnaire» inwieweit die Patienten den empfohlenen Dosen folgten. Mittels eines Fragebogens («drug attitude inquiry») wurde die subjektive Empfindung zu den Nebenwirkungen der Neuroleptika erfragt. Dieser Fragebogen bestand aus 10 Fragen. Ebenfalls wurde die «Liverpool university neuroleptic side effect rating scale» verwendet, welche 51 Fragen anhand einer 5-Punkte-Likert-Skala umfasst. Letztlich wurde das «Medical outcomes study short form 36» eingesetzt. Der Fragebogen umfasst Verhaltensmessungen, Funktionsstörungen und Selbstbewertungen der allgemeinen Gesundheit.</p> <p>Zwischen dem Startpunkt und der 12-wöchigen Nachverfolgung wird zwischen den beiden Gruppen, anhand von bivariaten statistischen Tests, einschließlich Chi-Quadrat-Tests, Fischers genaue Tests, ungepaart T-Tests und nicht parametrische Mann-Whitney Wilcoxon U-Tests, verglichen. Die statistische Analyse wurde mit der SPSS-Version 18 durchgeführt.</p>	<p>Gruppen ihre Compliance verbessern. Hingegen zeigten bei der Nachverfolgung nach 12 Wochen acht Patienten aus der Interventionsgruppe und sechs Patienten aus der Kontrollgruppe eine verschlechterte Compliance.</p>	<p>Lebensstil, was auch die kleine Gewichtsabnahme der Kontrollgruppe erklären könnte. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass eine Kombination diverser Interventionen einen positiven Effekt auf das Gewichtsmanagement haben kann. Obwohl die Resultate nicht signifikant waren, kann gesagt werden, dass die motivierende Gesprächsführung mehr als nur einmal wöchentlich angewendet werden sollte. Es wird erwähnt, dass die wöchentlichen Treffen nicht ausreichend zur Gewichtsabnahme seien, wenn Betroffene nicht noch weiteren Sport treiben. Somit wird darauf hingewiesen, Motivationstechniken mehr als einmal wöchentlich anzubieten.</p> <p>Pflegefachpersonen in der Psychiatrie müssen ihr Wissen bezüglich der medikamentös induzierten Gewichtszunahme erweitern, um somit die Patienten besser unterstützen zu können.</p>

Würdigung der Studie: Usher et al. (2012) A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie zeigt eine wichtige und nützliche Intervention auf, welche durch die Pflege durchgeführt wird. Sie hat die Aufgabe die Effektivität einer pflegerischen Intervention bezüglich des Gewichtsmanagement bei psychiatrischen Patienten mit atypischen Antipsychotika zu prüfen. Dazu wurde ein klares Forschungsziel formuliert. Das Ziel wird nicht mit Hypothesen untermauert.</p> <p>Die Thematik wird im Kontext vorhandener konventioneller Literatur eingebettet. Zahlreiche Studien, welche den gleichen Themenbereich behandeln, werden erwähnt.</p> <p>Die Studienziele tragen klar zur Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit bei.</p>	<p>Die Wahl des quantitativen Studiendesigns wird von den Forschenden nicht begründet, ist aber in Verbindung mit der Forschungsfrage nachvollziehbar, da die Wirksamkeit mittels verschiedenen Assessmentinstrumenten geprüft wird. Die Stichprobengrösse ist für das Design angebracht.</p> <p>Die Studie weist eine hohe interne Validität auf, da valide Messinstrumente verwendet wurden.</p> <p>Die externe Validität ist eingeschränkt, da die Teilnehmenden vorwiegend durch ausgehängte Plakate und Mundpropaganda rekrutiert wurden und somit nicht auf andere Populationen adaptiert werden können. Die Stichprobenziehung erscheint für das gewählte quantitative Design angebracht, da sie spezifisch psychisch kranke Menschen untersucht, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen. Die Ergebnisse sollten auf alle psychisch erkrankten Menschen, welche atypische Antipsychotika zu sich nehmen und welche die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen, übertragbar sein. Dropouts wurden beschrieben und begründet. Die beiden Gruppen wurden zufällig aufgeteilt.</p> <p>Die Datenerhebung ist bei allen Beteiligten gleich. Die Messinstrumente sind valide und verständlich beschrieben. Die Beziehung zwischen dem Forschungsteam und den Studienteilnehmenden wird nicht beschrieben. Mögliche Verzerrungen sind nicht auszuschliessen. Positiv ist aber zu nennen, dass ein Assistent die Datensammelte und auswertete. Die Höhe des Signifikanzniveaus ist nicht beschrieben. Die Datenanalyse wird inklusiv der angewendeten Tests genau beschrieben. Ethisch gesehen sind die Teilnehmenden verletzlich aufgrund ihrer Schizophrenie-Diagnose.</p>	<p>Die Ergebnisse werden verständlich im Fliesstext und in Tabellen dargestellt. Die Beschriftungen der Tabellen verhalfen den Lesern zu einem besseren Verständnis. Gründe für die Veränderungen im Compliance-Verhalten werden nicht genannt. Es werden keine Gründe genannt, wieso auch in der Kontrollgruppe die Compliance verbessert werden konnte. Alle Aussagen werden verständlich begründet und mit Zahlen untermauert.</p> <p>Die nicht signifikanten Ergebnisse werden nicht diskutiert.</p>	<p>Die Ergebnisse werden in Bezug mit der Fragestellung diskutiert. Als Limitationen wurde die Lage der Studie angegeben. Einige Teilnehmenden der Interventionsgruppe hatten besseren Zugang zu Parks und Fitnesscentern. Ebenfalls wurden die Beteiligten mittels Werbung rekrutiert. Es wird diskutiert, dass die Abgabe des Interventionsbuches einen Einfluss auf das Verhalten der Kontrollgruppe gehabt haben könnte.</p> <p>Die Studie ist sofern sinnvoll, da schon kleine Veränderungen in der Ernährung und der Aktivität grosse Veränderungen mit sich bringen können. Den Pflegenden in Psychiatrien wird herzlich empfohlen, dass sie versuchen ihren Patienten und ihren Patientinnen einen gesunden Lebensstil näher zu bringen. Die Studie ist auch in anderen Settings reproduzierbar.</p>

Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Teilnehmenden füllten die Fragebögen selbstständig aus. • Ein- und Ausschlusskriterien zur Eliminierung von Störfaktoren • Assistent, um Messungen und Daten zu sammeln 	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehung zwischen Teilnehmenden und Forschenden wird nicht beschrieben • Forschende führten die Intervention durch, Teilnehmende wussten in welcher Gruppe sie waren • Durchführungsort der Studie
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> • Reproduzierbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Höhe des Signifikanzniveaus wird nicht thematisiert
Validität	<ul style="list-style-type: none"> • Valide Messinstrumente, zusätzlich wurden Fragebögen verwendet 	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkte externe Validität, da Teilnehmenden vorwiegend durch Mundpropaganda und Plakate rekrutiert wurden.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009):

Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) eingeordnet, da es sich um eine einzelne Studie handelt, also um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Anhang E3: Iglesias-García et al. (2010)

Zusammenfassung der Studie: Iglesias-García et al. (2010) Pilot study of the efficacy of an educational programme to reduce weight, on overweight and obese patients with chronic stable schizophrenia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Gewichtszunahme und Übergewicht sind häufige Nebenwirkung bei Schizophrenie Betroffene, welche mit antipsychotischen Medikamenten behandelt werden.</p> <p>Nicht medikamentöse Interventionen erwiesen sich als nützlich zur Gewichtsabnahme.</p> <p>Das Ziel dieser randomisiert kontrollierten Studie war es, den vorläufigen Effekt eines strukturierten Edukationsprogrammes im Zusammenhang mit der Gewichtsabnahme, bei chronischen Schizophrenie-Patienten unter antipsychotischer Therapie zu testen.</p>	<p>15 ausgewählte Schizophrenie-Patienten und Patientinnen unter antipsychotischer Therapie, besuchten nacheinander ein Psychiatriezentrum in Grossbritannien. Sie willigten alle schriftlich zur Studienteilnahme ein. Einschlusskriterien waren BMI >27 kg/m², identische Psychopharmaka-Therapie und Aufweisen von mindestens zwei Jahren stabilen psychischen Symptome. Ausgeschlossen wurden Patienten mit Organversagen oder schweren geistigen Behinderungen, Schwangere oder stillende Frauen und Personen, die andere gewichtsbeeinflussende Medikamente zu sich nahmen.</p> <p>Zufällig wurden die Patienten in Interventions-/ (IG, n= 8) und Kontrollgruppe (KG, n=7) eingeteilt. Durch körperliche Untersuchungen sowie detaillierter Anamnese und psychiatrischer Untersuchung mit dem «Composite International Diagnostic Interview» wurden andere mögliche Ursachen der Gewichtszunahme ausgeschlossen.</p> <p>Intervention: Ein strukturiertes Bildungsprogramm, welches in den Bereichen Ernährung, Bewegung und gesunde Gewohnheiten und Selbstwertgefühl berät. Die IG nahm an zwölf Gruppensitzungen im Psychiatrie-Zentrum, innerhalb von drei Monaten teil. Die einstündigen Sitzungen wurden wöchentlich von einer Pflegefachperson durchgeführt und umfassten zu allen Aspekten Infor-</p>	<p>Ein Patient der IG schied wegen Rückzug der Einwilligung aus der Studie aus.</p> <p>Es blieben 11 Männer und 3 Frauen (Durchschnittsalter 39.9 Jahre). Die durchschnittliche Evaluationszeit der Schizophrenie betrug 12.3 Jahre, wobei die mittlere Behandlungszeit 6.1 Jahre betrug. Behandelt wurde mit Clozapin, Olanzapin, Aripiprazol, Flufenazin-Decanoat und Risperidon. KG und IG unterschieden sich zu Beginn der Studie im diastolischen Druck (KG= 82.8 mmHg, IG= 70.7 mmHg) und im durchschnittlichen BMI (KG= 33.7 kg/m², IG= 32.8 kg/m²).</p> <p>Weder in KG noch in IG konnten signifikante Gewichts- oder BMI-Unterschiede festgestellt werden. In der IG wurde in den ersten vier Wochen ein geringer Gewichtsverlust (p-Wert = 0.7) festgestellt, dieser konnte aber nicht aufrechterhalten werden. Schlussendlich</p>	<p>Anhand des Vergleichs mit anderen Studien, bei denen die Verhaltensinterventionen schon in einem früheren Stadium begonnen wurden und einen positiven Effekt erzielten, lässt sich schliessen, dass die Interventionen nicht so wirksam sind, wenn man in einem späteren Stadium beginnt.</p> <p>Die kleine Teilnehmendenzahl erschwert die Verallgemeinerung der Daten und könnte auch den Unterschiedsmangel zwischen den Gruppen erklären. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass es, bei der Suche nach Strategien zur Behandlung der Gewichtsabnahme bei Schizophrenie-Patienten, wichtig ist, über den möglichen Wirkungsverlust der Intervention bei chronisch schizophrenen Patienten besorgt zu sein.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>mationen und Diskussionen. Bei der KG wurden lediglich einmal pro Woche die anthropometrischen Parameter bestimmt. Gewicht, BMI, Taillenumfang und Vitalfunktionen wurden in der Studie bewertet. Anhand eines Modells mit wiederholten Messungen mit Faktor Zeit und Faktor therapeutischer Intervention wurde die Wirksamkeit der Intervention gemessen.</p>	<p>konnte man in beiden Gruppen eine signifikante Abnahme des Taillenumfangs beobachten (IG= 107.1 cm, KG= 111.1 cm, p-Wert = 0.1).</p>	<p>Empfohlen werden weitere Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit nichtpharmakologischer Interventionen zur Gewichtskontrolle, die sich auf diese Population konzentrieren.</p>

Würdigung der Studie: Iglesias-García et al. (2010) Pilot study of the efficacy of an educational programme to reduce weight, on overweight and obese patients with chronic stable schizophrenia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Phänomen wurde anhand von evidenzbasierter Literatur beschrieben.</p> <p>Andere Studien in Bezug auf Lebensstil-Therapien wurden genannt. Das Ziel der Untersuchung wurde präzise formuliert jedoch nicht durch eine Hypothese ergänzt.</p> <p>Die Beantwortung der Forschungsfrage ist relevant für unsere Bachelorarbeitsfrage.</p>	<p>Die Studie ist leider nicht im Original verfügbar, sondern nur in zusammengefasster Form. Das Forschungsdesign wird nicht begründet, ist aber nachvollziehbar.</p> <p>Es ist nicht klar, weshalb die Teilnehmendenzahl so klein ausfällt. Drop-Outs werden genannt und begründet. Es ist nicht ersichtlich wie die Stichprobe definiert wurde.</p> <p>Sinnvolle Ein- und Ausschlusskriterien wurden beschrieben. Mit Computerprogramm erfolgte eine zufällige Verteilung in zwei Gruppen.</p> <p>Die Intervention ist ausreichend und nachvollziehbar beschrieben. Die Behandlung der Kontrollgruppe wird nicht beschrieben. Die Kontrolle von BMI, Taillenumfang und Vitalwerten wird durch die gleiche Pflegefachperson vorgenommen, welche auch die Intervention durchführte, jedoch unter blinder Zuweisung.</p> <p>Es werden keine validen statistischen Verfahren/ Tests genannt.</p> <p>Die Beschreibung der Effektmessung der Intervention ist ungenügend /nicht nachvollziehbar erläutert.</p> <p>Die Outcomes werden verständlich beschrieben.</p> <p>Die Höhe des Signifikanzniveaus wird nicht beschrieben. Es werden keine Angaben zu ethischen Fragen gemacht. Eine schriftliche Einwilligung von den Teilnehmenden wurde eingeholt.</p>	<p>Die Resultate der Messungen werden tabellarisch präzise nach den Kriterien dargestellt.</p> <p>Es werden die verschiedenen Psychopharmaka aufgezählt, obwohl bei den Einschlusskriterien im Methodenteil die einheitliche medikamentöse Behandlung genannt wird. Wie sich die genannten Medikamente auf das Gewicht auswirken, wird nicht diskutiert.</p> <p>Warum in beiden Gruppen eine signifikante Reduktion des Taillenumfangs beobachtet werden konnte, wird nicht begründet oder diskutiert.</p>	<p>Die Fragestellung wird in Bezug auf den Vergleich mit anderen Studien diskutiert und auch anhand der Resultate. Anhand der kleinen Teilnehmendenzahl wird die Schwierigkeit der Verallgemeinerung der Daten begründet. Ebenfalls sind die Ergebnisse nicht unbedingt generalisierbar, da nicht alle Teilnehmenden die gleichen Antipsychotika und Dosierungen zu sich nahmen.</p> <p>Es wird empfohlen weitere Untersuchungen zu führen mit der genannten Population.</p> <p>Abschliessend wird die Studie aufgrund der sehr geringen Stichprobengrösse als unzureichend sinnvoll eingestuft. Es braucht, wie auch von den Autoren empfohlen, weitere Studien mit grösseren Stichproben und gegebenenfalls in einem anderen Setting, um die Ergebnisse in die Praxis implementieren zu können.</p> <p>Es wird nicht darüber diskutiert, warum solche Interventionen bei chronischen Schizophrenie Patienten nicht so effektiv sind, wie wenn man in einem früheren Stadium beginnt.</p> <p>Dieser genannte, jedoch unbegründete Fakt regt Interesse an und verleitet uns dem anhand von empirischer Fachliteratur weiter nachzugehen.</p>

Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig von Forschungsteam 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle Störvariable unzureichend in Bezug auf Einnahme unterschiedlicher Medikamente • Nicht klar wie die Forschende mit Teilnehmenden in Beziehung stehen. Auch ist nicht klar, ob die Pflege die Teilnehmenden schon kannte oder nicht. • Nicht klar ob jede Woche die gleiche Pflegefachperson die Intervention durchführte • Keine qualitative Studie folgt, die eine Beurteilung der Sicht der Versuchspersonen erlaubt.
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> • Reproduzierbarkeit • Anthropometrische Messungen wurden standardisiert durchgeführt. Wöchentlich unter gleichen Bedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird ein repetitives Messungs-Modell genannt mit Faktor Zeit und Faktor Intervention, aber leider nicht ausführlich beschrieben worum es dabei geht. • Höhe des Signifikanzniveaus wird nicht thematisiert
Validität	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleich mit anderen Studien 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht genau beschrieben, ob immer dasselbe BD Gerät verwendet wurde • Keine Befragungen zur Sicht der Teilnehmenden • Keinerlei Äusserungen zur Validität • Sehr wenig Teilnehmende • Interne Validität ist eingeschränkt, weil auf die Medikamentenwirkung der Probanden in Bezug auf das Gewicht nicht eingegangen wird.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009):

Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) eingeordnet, da es sich um eine einzelne Studie handelt, also um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Anhang E4: Attux et al. (2013)

Zusammenfassung der Studie: Attux et al. (2013) A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Antipsychotische Medikamente sind essentiell in der Behandlung von akuten Psychosen. Leider sind diese immer mit Gewichtszunahme verbunden. Schizophrenie-Erkrankte tendieren zur verminderten physischen Aktivität und zum Nikotinkonsum. Diese Nebenwirkung zusammen mit einem veränderten Lebensstil erhöhen das Risiko für Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und verringern die Lebenserwartung von an Schizophrenie erkrankten Individuen. Es wird gesagt, dass übergewichtige Erkrankte eher zu einem Therapieabbruch tendieren. Forschungsbedarf wird begründet wegen</p>	<p>Eine multizentrische randomisierte klinische Studie wurde durchgeführt, um die Wirksamkeit dieses Lifestyle-Wellness-Programms (LWP) mit Kontrollen einer Standard-Pflegegruppe (SC/ KG) zu vergleichen. 385 Menschen hätten an der Studie teilnehmen können. 225 wurden aufgrund nicht passenden Einschlusskriterien oder verweigerter Teilnahme ausgeschlossen. Stichprobe: Eine Website wurde verwendet um 160 Teilnehmende zufällig in Interventionsgruppe (IG, n= 81) und Kontrollgruppe (KG, n= 79) aufzuteilen. Teilnehmende waren in ambulanter Behandlung in verschiedenen Psychiatrischen Kliniken in São Paulo. Einschlusskriterien: Einnahme von Antipsychotika innert den letzten 3 Monaten, Schizophrenie-Diagnose, Alter: 18-65 Jahre, klinisch stabil, motiviert für Gewichtsabnahme oder zumindest besorgt über Gewichtszunahme. Ausschlusskriterien: klinisch instabil, DM, Essstörung, Drogen-/ Alkoholabusus, Einnahme von gewichtsbeeinflussenden Medikamenten. 34 Drop-Outs werden erwähnt und begründet. In der 3-monatigen Nachverfolgung schieden 21 weitere Personen aus. Daten zu sozialen & demographischen Merkmalen, klinische Daten und körperliche Untersuchungen (Gewicht, Grösse, BMI, Taillenumfang und BD) wurden routinemässig aufgezeichnet.</p>	<p>Anhand Consort Diagramm werden die Teilnehmenden und Dropouts dargestellt. Nach 6 Monaten waren noch 44 Patienten in IG und 41 in KG. 72.1 % der Teilnehmenden nahmen an acht oder mehr Treffen teil. Soziale und demographische Merkmale sowie klinische Ergebnisse der Teilnehmenden werden zur Darstellung der Messwerte zu verschiedenen Zeitpunkten jeweils tabellarisch veranschaulicht. Der BMI der Interventionsgruppe lag bei 29.1 kg/m² und der BMI der Standardgruppe lag bei 29.9 kg/m². Zu Beginn der Studie zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der Gruppen. Nach drei Monaten konnte die Interventionsgruppe eine Gewichtsabnahme von -0.48 kg verzeichnen. Die Kontrollgruppe zeigte eine Zunahme von 0.48 kg. Dieser Wert ist nicht signifikant (p-Wert =</p>	<p>Es werden viele andere Studien erwähnt, die medikamentöse sowie auch nicht medikamentöse Interventionen untersuchten. Es muss bei pharmakologischen Interventionen jedoch immer das Risiko berücksichtigt werden, dass sich die psychotischen Symptome verschlimmern können. Lebensstil-Interventionen sind sicherer und wirksamer, um das Gewicht zu managen. Nach drei Monaten konnten keine signifikanten Ergebnisse zwischen dem BMI und dem Gewicht und den anderen metabolischen Parametern aufgezeigt werden. Jedoch konnten nach sechs Monaten statistisch signifikante Ergebnisse präsentiert werden, welche aber nicht klinisch signifikant waren. Limitationen: kurze Dauer der Intervention & Nachsorge, Anzahl Studienteilnehmenden kleiner als zu Beginn geschätzt (n=160),</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>mangelnder Anzahl an bereits bestehenden Studien bei denen Lebensstil-Interventionen geprüft werden. Hauptziel der Studie war das Prüfen des Effekts eines 12-wöchigen Gruppen Lifestyle-Wellness-Programm (LWP) als Strategie für das Gewichtsmanagement bei Individuen mit Schizophrenie.</p>	<p>Gewicht 1x monatlich, BD beidseitig für Mittelwert. All diese Daten wurden immer vom selben «blinden» Prüfer erhoben.</p> <p>Zu Studienbeginn, nach 3 und nach 6 Monaten wurden Nüchternplasmaglukose-, Insulin-, Cholesterin- und Triglyceridspiegel beurteilt.</p> <p>Zu Studienbeginn: Clinical Assessment (CA), Labor und Skalen, nach 1 & 2 Monaten: Gewicht und BMI, nach 3 Monaten: CA, Labor und Skalen, nach 6 Monaten: CA & Labor</p> <p>Messverfahren/Intervention:</p> <p>Patienten und Patientinnen in der Interventionsgruppe und in der Standardversorgungsgruppe besuchten regelmäßig den Psychiater/ die Psychiaterin und nahmen regelmäßig an Sitzungen anderer psychosozialer Interventionen teil, die von dem Programm angeboten wurden, für das sie eingeschrieben waren.</p> <p>Folgendes zusätzlich in Interventionsgruppe: Über zwölf Wochen: wöchentliche einstündige Sessions betreffend Ernährung, Lebensstil, Bewegung, Selbstachtung mit Pat. & Angehörigen</p> <p>Gruppenleitung: Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologen/ Psychologin & Ernährungsberatung. Alle Professionen wurden anhand eines Videos geschult.</p> <p>Folgende Instrumente wurden durch blinde Forschenden zu Beginn und nach 3 Monaten bei allen Teilnehmenden angewandt:</p> <p>PANSS zur Bewertung der Schwere der Krankheit,</p>	<p>0.055). Der BMI der Interventionsgruppe zeigte eine Abnahme von 0.14kg/m². Der BMI in der Kontrollgruppe präsentierte eine Zunahme von 0.16kg/m² (p-Wert = 0.135). Keine Unterschiede zwischen Gruppen in Bezug auf Taille, BD, Cholesterin & BZ.</p> <p>Nach sechs Monaten zeigte die Interventionsgruppe eine signifikante Gewichtsabnahme -1.15 kg im Vergleich zur Kontrollgruppe, bei welcher eine Zunahme von 0.5 kg (p-Wert = 0.017) verzeichnet wurde</p> <p>Nach drei Monaten zeigten sich keine Unterschiede in Taillenumfang, Blutdruck, Cholesterinwert, Triglycerid- und Insulinwert.</p>	<p>KG zeigt signifikante Zunahme an körperlicher Aktivität.</p> <p>Lebensstil-Intervention wurde zuvor an den ausgewählten Standorten durchgeführt, was zur Beeinflussung von Einstellung des Personals aufgrund gestiegenen Bewusstseins für die Überwachung der körperlichen Gesundheit führen könnte. Dies habe aber keinen Einfluss auf die Studienergebnisse. Ebenfalls muss gesagt werden, dass die Studienteilnehmenden motiviert zur Gewichtsabnahme waren. Das Resultat hätte anders aussehen können, wenn die Teilnehmenden nicht so motiviert gewesen wären.</p> <p>Interventionen zur Gewichtskontrolle bei Personen mit schweren psychischen Störungen sollten in die Praxis eingebettet werden, weil die Auswirkung von Fettleibigkeit auf die Gesundheit bekannt sind. Das Lifestyle-Wellness-Programm könne eine interessante Möglichkeit sein, weil es sich um eine einfache, kostengünstige und leicht zugängliche Intervention handelt, die in</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>Calgary Depression Scale zur Beurteilung der Depression, CGI-S & CGI-I zur Beurteilung des klinischen globalen Eindrucks, GAF zur Beurteilung der globalen Funktionsweise, ILSS-BR/P zur Beurteilung der ATL's Diverse Selbsteinschätzungs-Skalen zur Bewertung von Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Selbstwert (Rosenberg), Ernährung (DINEE), Fragebogen zur Bewertung Tabakabhängigkeit (Fragerström) und internationaler Fragebogen zur physischen Aktivität (IPAQ)</p> <p>Datenanalyse: T-Test & Chi-Quadrat-Test wurden zur Analyse der Unterschiede zu Beginn und bei Nachuntersuchungen verwendet. ANOVA mit wiederholten Messungen für Vergleich IG & KG über die Zeit</p> <p>Der p-Wert für den zeitlichen Unterschied zwischen der IG und der KG lag bei p-Wert= 0.017.</p> <p>Analyse der Hauptergebnisse basierten auf Intention-to-Treat-Analyse, wobei die letzte Beobachtung (OCF) unter Verwendung der zuletzt erhobenen Gewichts- & BMI-Massen durchgeführt wurde.</p> <p>Für alle statistischen Tests galt das Alpha-Level von 0.05. Daten wurden mit dem Statistical Package for Social Sciences Version 15 analysiert.</p> <p>Ethik: Genehmigt durch alle jeweiligen Ethikkommissionen in den Zentren.</p>		<p>die Routine von gemeinnützigen Diensten sowie ambulanten Einrichtungen integriert werden kann.</p> <p>Fazit: In der multizentrisch, randomisierten, klinischen Studie konnte das Gewicht der Interventionsgruppe anhand der Lebensstil-Intervention stabil bleiben. Solche Lebensstil-Interventionen können wichtige langfristige Strategien sein, um die Tendenz der Gewichtszunahme zu vermeiden. Kosten dieser Intervention fallen gering aus und sie sind sicherer als der Einsatz von Medikamenten.</p>

Würdigung der Studie: Attux et al. (2013) A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Mit der Studie wurde eine Intervention gefunden, welche zur Beantwortung unserer Bachelorarbeits-Fragestellung dient. Die Forschungsfrage wurde klar definiert.</p> <p>Es wurde auch eine Hypothese formuliert. Nämlich, dass das Hauptergebnis der Intervention die Veränderung des Gewichts und des BMI sein wird.</p> <p>In das Thema wurde logisch und nachvollziehbar eingeführt und es wurde empirische Literatur verwendet.</p>	<p>Die Verbindung von Forschungsfrage zum gewählten Design ist logisch und nachvollziehbar aber nicht begründet. Die Stichprobenziehung fürs Design ist angebracht. Die Stichprobengröße ist ausreichend und repräsentativ für die Zielpopulation. Sinnvolle Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert. Die Dropouts sind angegeben und begründet. Es wird allerdings nicht beschrieben, ob diese die Ergebnisse beeinflusst haben. Warum es zwischen 3-monatiger und 6-monatiger Nachkontrolle weitere Dropouts gab, wird nicht begründet. Interventions- und Kontrollgruppe wurden randomisiert zugeteilt und unterschieden sich zu Beginn nicht signifikant. Die Datenerhebung für die Beantwortung der Fragestellung ist nachvollziehbar. Die Methoden sind bei allen Teilnehmenden identisch. Es werden keine Angaben zur Beziehung zwischen dem Forschungsteam und den Studienteilnehmenden gemacht. Es ist aber keine Beziehung anzunehmen. Die Intervention bei der Interventionsgruppe wird nachvollziehbar und präzise beschrieben. Die Standardpflege wird genannt aber nicht präzise beschrieben. Ebenfalls wird nicht erwähnt, inwiefern die Pflegefachpersonen eine Schulung zur Standardpflege erhalten hatten. Gewählte Messinstrumente sind zuverlässig und valide. Es wurden nicht alle Fragebögen bei allen Messungen genutzt. Die Datenanalyseverfahren sind klar beschrieben und sinnvoll. Die statistischen Tests entsprechen dem Datenniveau. Die Höhe des Signifikanzniveaus wurde nachvollziehbar begründet. Ethische Fragen wurden nicht erwähnt, das Ethikkomitee war aber beteiligt.</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise und werden logisch und anschaulich in Tabellen präsentiert. Die Tabellen sind teilweise ergänzend zum Text. Was bei den Tabellen allerdings fehlt zur besseren Nachvollziehbarkeit, ist die Angabe der Höhe des Signifikanzniveaus. So ist zwar der P-Wert in den Tabellen ersichtlich, allerdings nicht ab wann er als signifikant zu verstehen ist. Alle Aussagen werden verständlich begründet und mit Zahlen untermauert. Die Begründung zu den Dropouts der 6-monatige Nachverfolgung werden nicht genannt.</p>	<p>Die Resultate werden ausführlich diskutiert und mit anderen Studien verglichen. Für die nicht nachvollziehbaren Ergebnisse (signifikante Zunahme an Bewegung in der Kontrollgruppe) werden keine alternativen Erklärungen gesucht, sondern lediglich gesagt, dass dies zu Verzerrungen führen könnte. Es wird nicht diskutiert, ob dies allenfalls im Zusammenhang mit der nicht ausreichend beschriebenen regulären Session der Standardgruppe-Patienten/ Patientinnen in Zusammenhang stehen könnte. Limitationen werden ausführlich beschrieben und Begründungen werden geliefert. Insgesamt ist es eine sinnvolle Studie, in welcher die Stärken und Schwächen aufgewogen werden. Die Ergebnisse sind in die Praxis implementierbar. Die Intervention könnte wohl kostengünstig und einfach in die Praxis implementiert werden. Die Kosten fallen kleiner aus, weil durch die Intervention das Risiko an Diabetes oder kardiovaskulärer Krankheit zu erkranken verringert würde. Studie wäre in einem anderen Setting reproduzierbar.</p>

Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig von Forschungsteam • Identische Fragebögen durch Teilnehmende ausgefüllt, unabhängig von Ort 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrung von Personal kann zu veränderter Einstellung führen, dies habe jedoch keinen Einfluss auf Ergebnisse • Keine Befragungen der Teilnehmenden zu deren Sicht
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> • Reproduzierbarkeit • Zuverlässige Fragebögen, Mess- und Assessmentinstrumente 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelne Fragebögen/ Skalen wurden nur zu Beginn und nach 3 Monaten angewandt, jedoch nicht zum Schluss der Studie.
Validität	<ul style="list-style-type: none"> • Forschungsdesign angemessen • Valide Messinstrumente 	<ul style="list-style-type: none"> • Validität wird von Forschenden in Studie nicht thematisiert

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009):

Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) eingeordnet, da es sich um eine einzelne Studie handelt, also um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Anhang E5: Fraser et al. (2018)

Zusammenfassung der Studie: Fraser et al. (2018) Impact of nurse-led behavioural counselling to improve metabolic health and physical activity among adults with mental illness

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Lebenserwartung aufgrund diverser psychischer Erkrankungen ist signifikant kürzer als diejenige der Allgemeinbevölkerung. Grund dafür ist die schlechtere psychische Gesundheit. Menschen mit psychischen Problemen haben ein erhöhtes Risiko für metabolische Risikofaktoren und somit kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes. Sportliche Aktivität ist eine effektive zusätzliche Methode zur Standardbehandlung von psychischen Erkrankungen und könnte somit auch als Präventionsmethode zur Vorbeugung von Gewichtszunahme sein. Verhaltensberatende Massnahmen</p>	<p>Es handelt sich um eine quantitative, wiederholte Einzelgruppen Studie. Die Population besteht aus 27 Erwachsenen (18-75 Jahre alt). Wobei die Klienten und Klientinnen in ambulanter Behandlung in einer privaten Psychiatrie in Brisbane, Australien behandelt werden. Die Teilnehmenden mussten von ihrem behandelnden Psychiater/ Psychiaterinnen oder ihrem Allgemeinarzt/ Allgemeinärztin dem Forschungsteam empfohlen werden. Sobald die Empfehlung angenommen wurde, kontaktierte eine Pflegefachperson die Teilnehmenden und lud sie zur Studie in die Klinik ein. Folgende Einschlusskriterien (psychiatrische Diagnose, Psychopharmaka-Einnahme, in ambulanter Behandlung, keine Essstörung und in Brisbane oder der Umgebung lebend) galten.</p> <p>Die Intervention lief über 19 Wochen und beinhaltete eine persönliche Beratung durch die zuständige Pflegefachperson und die Überprüfung des medizinischen Fortschritts durch einen Arzt/ Ärztin. Die erfahrenen Pflegefachpersonen erhielten im Vorfeld einen eintägigen Trainingskurs über die physische Aktivität bei psychischen Erkrankungen und ihnen wurde das 5A-Modell näher vorgestellt. Vom Spital wurde die Häufigkeit für die dreiwöchigen Beratungstreffen und die sechswöchigen Treffen mit dem Arzt festgelegt.</p>	<p>Schlussendlich beendeten nur 16 Teilnehmenden die Studie. Gründe für die Drop-Outs waren eine Verschlechterung der Gesundheit, eingestelltes Interesse, frühzeitige Zufriedenheit mit dem Fortschritt und eine Zunahme der externen Stressoren.</p> <p>Von allen Beteiligten, welche das Programm beendeten, nahmen alle an mindestens sechs von acht Sitzungen teil. 80 % der Beteiligten waren Frauen und das Durchschnittsalter lag bei 38.8 Jahren. Rund 70 % litten an einer Depression und ca. 20 % nahmen mindestens ein atypisches Antipsychotikum. 20 % litten unter psychotischen Zuständen, bedingt durch eine Schizophrenie oder eine bipolare Störung. Alle Teilnehmenden hatten einen BMI über 30 kg/m².</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen statistisch signifikante Unterschiede zwischen Beginn und Ende im Taillenumfang und im Verhältnis von Taille zur Größe. Obwohl sich die Veränderungen von Gewicht und physische Aktivität positiv zeigten, waren sie nicht signifikant. Die Studie zeigt, dass sich psychisch kranke Erwachsene mithilfe der Pflege für ihre physische Gesundheit engagieren können.</p> <p>Möglich wäre es, dass die Studie über längere Zeit signifikante Ergebnisse mit sich bringen würde. Als Limitation wird die kleine Stichprobengröße genannt und somit ein mögliches Fehlen zur Aussagekraft in den sekundären Variablen. Deshalb sollte Vorsicht geboten werden in der Übertragung auf andere psychisch Erkrankte. Es ist keine randomisierte Stichprobe und nicht alle Teilnehmenden konnten die Stu-</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>sind eine Methode, um physische Aktivität zu fördern. Somit kann auch die metabolische Gesundheit von Personen mit nicht-übertragbaren Krankheiten verbessert werden. Pflegefachpersonen in der Psychiatrie können einen grossen Einfluss auf die Patienten und Patientinnen haben, da sie sehr viel Zeit mit ihnen verbringen.</p> <p>Das Forschungsziel dieser Studie ist es, die Wirksamkeit von einem pflegerischen Beratungsprogramm für ambulante Patienten und Patientinnen mit psychiatrischen Erkrankungen bezüglich einer Verbesserung der metabolischen Gesundheit und der sportlichen Aktivität zu evaluieren.</p>	<p>Der grösste Teil der Sitzung bestand aus einer individuellen Beratung basierend auf dem 5A-Modell. Alle Teilnehmenden erhielten einen Schrittzähler, mit welchem die persönlichen Fortschritte überwacht wurden. In der verbliebenen Zeit erhielten die Teilnehmenden Informationen zu gesundem Essen, Rauchstopp und Schlafhygiene. Ausserdem wurde Broschüren zum gesunden Lebensstil abgegeben.</p> <p>Zu Beginn wurde durch den Arzt/ Ärztin eine detaillierte Krankengeschichte aufgeschrieben und durch die Pflegefachperson wurden Fragebögen, Blutdruckwerte und die objektiven Messwerte bezüglich der physischen Gesundheit (BMI, Taillenumfang) erfasst. Alle sechs Wochen wurde der Blutdruck und der Taillenumfang gemessen. Das Gewicht wurde zu Beginn jedes Beratungstermins gemessen. Zu den primären Variablen zählten der Taillenumfang und das Verhältnis von Taille zur Grösse. Die sekundären Variablen waren Gewicht, Blutdruck und physische Aktivität. Die subjektive physische Aktivität wurde mittels eines Fragebogens gemessen. Die objektive Messung der physischen Aktivität erfolgte mittels des Schrittzählers, welcher während der physischen Aktivität an der Hüfte getragen wurde.</p> <p>Nach Ende der Intervention mussten die Teilnehmenden einen Fragebogen mit einer 10-Punkte-Liekt-Skal ausfüllen, zwecks Evaluierung wie zufrieden sie mit dem Programm waren.</p> <p>Die Daten wurden mittels SPSS Version 23 analysiert. Die Unterschiede zwischen Beginn und Ende der Intervention wurden mit T-Tests gemessen.</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Abnahme des Taillenumfangs um 2.7cm (p-Wert = 0.035). Weitere signifikante Ergebnisse zeigten das Verhältnis von Taille zur Grösse auf (p-Wert = 0.037). Weiter zeigt sich eine nicht signifikante Abnahme des Körpergewichts von 1.8 kg (p-Wert = 0.136). Gewisse Teilnehmenden konnten sogar bis 11.6 kg verlieren. Nicht signifikante Ergebnisse verdeutlichen, dass die durchschnittliche Zunahme der Bewegung 20 Minuten pro Woche betrug. Die Zeit der leichten Bewegung zeigt einen Fortschritt von 16 Minuten pro Tag. Die Teilnehmenden äusserten sich sehr zufrieden mit der Studie und der Behandlung der Pflege. Gründe für die hohe Zufriedenheit von 93 % der Beteiligten werden nicht genannt.</p> <p>Die Schwierigkeiten bezüglich des Programms waren für die Teilnehmenden die Anreise,</p>	<p>die beenden. Es gab keine Kontrollgruppe, um die Effektivität der Intervention verglichen mit den natürlich auftretenden Veränderungen zu prüfen.</p> <p>Ausserdem wurde die gleiche Pflegefachperson eingesetzt, um die Intervention durchzuführen und auch die Daten auszuwerten. Da die Hauptdiagnose die Depression ist, hätten die Ergebnisse unterschiedlicher sein können, wenn die Bandbreite der Erkrankungen breiter gewählt worden wäre. Weiter wurde die Umstellung der Essgewohnheiten nicht dokumentiert.</p> <p>Die Fragestellung konnte durch die Studie beantwortet werden, da sich ein signifikanter Unterschied im Taillenumfang zeigte. Die Forschenden erwähnen aber, dass die Studie für signifikante Ergebnisse verlängert werden sollte. Die Ergebnisse werden mit ähnlichen Studien verglichen und es wird verdeutlicht, dass die Pflegefachpersonen ein Wissensdefizit bezüglich der Behandlung mit dem Gewichtsmanagement von</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>Normalitätstests wurden mit dem Shapiro-Wilk-Normalitätstest durchgeführt.</p> <p>Wilcoxon Signed-Rank-Tests wurden verwendet, um Vorher-Nachher-Unterschiede zwischen nicht normal verteilten Daten zu bewerten. Da dies eine explorative Studie war, wurde ein Alpha von $P = < 0.05$ gehalten, um die statistische Signifikanz zu testen.</p>	<p>geringe physische und psychische Gesundheit oder mangelnde positive Ergebnisse seit der letzten Messung. Ein Patient hat eine Smartphone-App empfohlen, um den persönlichen Fortschritt und Informationen zu speichern.</p>	<p>psychischen Erkrankten Menschen haben. Dabei werden Weiterbildungen für Pflegefachpersonen empfohlen. Die Intervention könnte gut in die Praxis mit psychischen ambulanten Patienten und Patientinnen integriert werden.</p>

Würdigung der Studie: Fraser et al. (2018) Impact of nurse-led behavioural counselling to improve metabolic health and physical activity among adults with mental illness

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Berufspraxis. Es wird erforscht wie effektiv ein pflegerisches Beratungsprogramm hinsichtlich der Verbesserung der metabolischen Gesundheit für psychisch erkrankte Menschen ist. Hypothesen werden nicht erwähnt.</p> <p>Anhand von empirischer Literatur wird die Problematik logisch dargestellt und greifbar gemacht.</p>	<p>Die Wahl des quantitativen Forschungsdesigns macht Sinn, da es sich bei den Ergebnissen der Assessment-Instrumente um Zahlen handelt. Auf die Gefahren der internen und externen Validität wird nicht konkret eingegangen. Die externe Validität ist in Bezug auf die vorgegebene Population gegeben. Die Ergebnisse lassen sich aber nicht auf die gesamte Bevölkerung mit psychischen Erkrankungen anwenden, da in dieser Studie die Mehrheit der Teilnehmenden eine Depression hatte und somit die Verteilung nicht randomisiert ist.</p> <p>Die Stichprobenziehung ist für das gewählte Design angebracht. Die Stichprobengröße ist mit 27 Beteiligten eher klein. Es gab keine Vergleichsgruppe. Somit lässt sich nicht ausschliessen, dass die natürlichen Veränderungen die Ergebnisse nicht beeinflusst haben. Drop-Outs werden klar angegeben und begründet.</p> <p>Die Datenerhebung wurde genau beschrieben und die Daten wurden von allen Teilnehmenden miteinbezogen, welche die Intervention beendeten.</p> <p>Die Messinstrumente sind valide und zuverlässig. Wie es zur Auswahl der Messinstrumente kam, wird nicht beschrieben, ist aber aufgrund der Forschungsfrage nachvollziehbar. Fragebögen werden für die subjektive Empfindungen der Mitwirkenden verwendet.</p> <p>Auf ethische Fragestellungen wird in der Studie nicht eingegangen, jedoch wurde das Ethikkomitee von der Universität Queensland hinzugezogen. Es wird erwähnt, dass die Pflegefachpersonen sowohl die Intervention als auch die Datenauswertung durchführten.</p>	<p>Die Ergebnisse werden präzise und verständlich ausgeführt. Die Ergebnisse werden mithilfe von Tabellen verdeutlicht. Im Text wird auf die Signifikanz der Ergebnisse eingegangen. Signifikante und nicht signifikante Ergebnisse werden beschrieben und erklärt. Um die Lesefreundlichkeit zu gewährleisten, werden die Ergebnisse in Unterthemen aufgeteilt. Alle Aussagen werden verständlich begründet und mit Zahlen untermauert.</p>	<p>Alle Resultate wurden aufgegriffen und diskutiert. Die Interpretationen von den Forschenden stimmen mit den Resultaten überein.</p> <p>Die Resultate wurden bezüglich der Fragestellung diskutiert und mit anderen Studien verglichen. Es wurde eine klare Implikation und Empfehlung für die Praxis gemacht.</p> <p>Stärken und Schwächen der Studie wurden verständlich aufgezeigt.</p> <p>Die kleine Stichprobengröße und die kurze Dauer der Studie wurden als Limitationen genannt. Die Studie hätte über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden soll, sodass man die Langzeitwirkung dieser Intervention erfahren könnte.</p> <p>Die Studie wäre in einem anderen Setting wiederholbar. Es gab keine Randomisierung und nicht alle Teilnehmenden konnten die Studie beenden. Ebenfalls war es die gleiche Pflegefachperson, welche die Intervention durchführte und die Daten sammelte.</p>

Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> • Messinstrumente sind allgemein anerkannt • Nachvollziehbarer Studienablauf 	<ul style="list-style-type: none"> • Gleiche Pflegefachperson, welche die Intervention ausführt und auch die Daten auswertet • 70 % der Teilnehmenden litten an einer Depression
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> • Reproduzierbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Kontrollgruppe • Keine Randomisierung • Kurze Dauer der Studie • Schwierig, die Resultate auf andere Settings zu übertragen
Validität	<ul style="list-style-type: none"> • Verwendete Messinstrumente sind valide • Schrittzähler 	<ul style="list-style-type: none"> • Weniger Teilnehmende • Veränderungen der Ernährung wurden nicht genannt

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009):

Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) eingeordnet, da es sich um eine einzelne Studie handelt, also um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Anhang E6: Curtis et al. (2016)

Zusammenfassung der Studie: Curtis et al. (2016) Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent anti-psychotic-induced weight gain in first-episode psychosis

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Personen mit einer psychischen Erkrankung haben eine um 20 Jahre kürzere Lebenserwartung. Gründe dafür sind kardiovaskuläre Erkrankungen aufgrund Stoffwechselstörungen wie Diabetes oder Hyperlipidämie.</p> <p>Bereits junge Erwachsene und Kinder können schon 12 Wochen nach Einnahmestart von atypischen Antipsychotika solche Krankheiten entwickeln. Prävention der Gewichtszunahme würde das Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen mildern. Allgemein würde sich mit einem kontrollierten Gewichtsmanagement die Entwicklung von diversen Krankheiten</p>	<p>Es handelt sich um eine quantitative Studie. Die Studie wurde zwischen zwei Erstpsychosen-Bereichen in Australien durchgeführt. 53 psychisch erkrankte Personen im Alter zwischen 14 und 25 Jahren zählten zur Population. Zu den Einschlusskriterien gehörten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnose einer Erstpsychose aufgrund einer schizoaffektiven Störung, bipolaren-affektiven Störung oder einer Depression mit psychotischen Merkmalen. 2. In Behandlung mit Antipsychotika seit weniger als vier Wochen <p>Ausgeschlossen wurden Betroffene, welche körperlich instabil waren oder seit mehr als vier Wochen Antipsychotika nahmen. Nach Einbezug der Ein- und Ausschlusskriterien konnten 26 für die KBIM-Interventionsgruppe rekrutiert werden und 23 erhielten während der Intervention die Standard-Behandlung. Die Interventionsgruppe wurde im Bondi Centre (Südöstliches lokales Gesundheitsviertel von Sydney) behandelt. Die Standardgruppe erhielt ihre Behandlung (ohne KBIM-Intervention) im psychiatrischen Zentrum Liverpool (südwestliches lokales Gesundheitsviertel von Sydney). Die Standardbehandlung umfasste eine standardmässig psychiatrische Behandlung mit medizinischer Betreuung und Antipsychotika-Therapie.</p> <p>Stichprobenziehung: Ein Team aus einer APN (Advanced Practice Nurse), Ernährungsberatung, Physiotherapie, jungen Peer-Wellness-Trainerinnen führte die KBIM Intervention durch. Zur Hilfe standen ein Psychiater/ eine Psychiaterin und ein Endokrinologe/ eine</p>	<p>Schlussendlich beendeten 28 Teilnehmende mit Altersdurchschnitt von 20.7 Jahren die Studie inkl. Follow-up. Die meisten Teilnehmenden nahmen Risperidon zu sich. Die Interventionsgruppe verzeichnete eine signifikant kleinere Gewichtszunahme als die Standardgruppe. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung im BMI in der Interventionsgruppe. Bezüglich des Taillenumfangs zeigte sich eine nicht signifikante Zunahme von 0.1 cm (p-Wert= 0.74) in der Interventionsgruppe und einen signifikanten Anstieg von 7.1 cm in der Standardgruppe (p-Wert= 0.001). Die Rate der klinisch signifikanten Gewichtszunahme war 13 % in der Interventionsgruppe und 75 % in der Standardgruppe. Es wur-</p>	<p>Der Ergebnisteil beschreibt die signifikanten und nicht signifikanten Ergebnisse dieser Studie. Sie zeigt die Effektivität der Intervention auf. Die Studie beschreibt eine nützliche pflegerische Intervention, welche die Gewichtszunahme leider nicht verhindern kann, jedoch kann die Intervention die Gewichtszunahme abschwächen und beantwortet somit die Fragestellung. Aufgrund der kleinen Stichprobenzahl waren die Grösse des Interventions-Effekts gross. Da die Bandbreite der eingenommenen Neuroleptika sehr unterschiedlich war, hat dies wahrscheinlich die Ergebnisse beeinflusst. Die Ergebnisse verdeutlichen die Fortschritte</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>besser beeinflussen lassen.</p> <p>Diverse Studien belegen den Einfluss von Lebensstil-Interventionen. Das Forschungsteam fragte sich, ob sich antipsychotikabedingte Gewichtszunahme verhindern lassen kann. Das Ziel der Studie ist es daher, die Effektivität der "Keeping your body in mind (KBIM)" - Intervention zu prüfen. Dabei handelt es sich um eine ganzheitliche individualisierte "Lifestyle and life skills" - Intervention. Bis heute ist unklar, ob Antipsychotika bedingte Gewichtszunahme verhindert werden kann.</p>	<p>Endokrinologin zur Verfügung. Die Intervention bestand aus drei Komponenten (Gesundheitscoaching, Ernährungsberatung und kontrolliertes Übungskonzept).</p> <p>Die Pflegefachperson führte ein Motivationstraining, welches Zielfindung und motivierende Gesprächsführung beinhalteten. Dies sollte die Adhärenz der Teilnehmenden fördern.</p> <p>Das Gesundheitscoaching wurde durch die APN durchgeführt und fokussierte sich auf die Adhärenz.</p> <p>In gemeinsamen Shoppingeinheiten, Kochkursen erhielten die Teilnehmenden wichtige Inputs bezüglich der Ernährung durchgeführt durch die Ernährungsberatung. Die Physiotherapie erstellte für die Mitwirkenden einen individuellen Trainingsplan zusammen, wobei sie zusätzlich in einem Fitnesscenter trainieren konnten.</p> <p>Ebenfalls standen die Beteiligten im Kontakt mit zwei Peers, welche ähnliche Erfahrung mit Antipsychotika bedingter Gewichtszunahme gemacht hatten. Sie unterstützten die Beteiligten mit Mut zureden und motivierenden Worten.</p> <p>Teilnehmende, welche mehr als 5 kg zunahmten, wurde ein Wechsel des Medikaments empfohlen, was aber keiner der Teilnehmenden machen wollte.</p> <p>Nach der Intervention wurde ein Follow-up durchgeführt, wobei weitere 12 Mitwirkende ausschieden.</p> <p>Die Daten wurden zu Beginn und nach 12 Wochen gemessen. Das Gewicht, die Grösse, der Taillenumfang, der Blutdruck und die Blutwerte wurden regelmässig gemessen. Weiter wurden diverse Fragebögen bezüglich der Schlafqualität, der Selbstachtung, der Adhärenz, den Essgewohnheiten, den sportlichen Aktivitäten genutzt. Die KBIM-Interventionsstelle verwaltete abgegrenzte Anzahl klinisch relevanter Maßnahmen einschliesslich: die Rosenberg Self-Esteem Scale, Pittsburgh Schlafqualitätsindex</p>	<p>den keine signifikanten Unterschiede in der selbst berichteten Selbstachtung und der Adhärenz gefunden.</p> <p>Die Ergebnisse präsentieren eine klinisch signifikante Reduktion vom Energieverbrauch (-507.9 kcal/Tag). Die Ergebnisse werden mittels Tabellen verdeutlicht.</p>	<p>der Teilnehmenden im Energieverbrauch und in ihrer sportlichen Aktivität.</p> <p>Die Studie zeigt auf, dass es eventuell nicht ausreichend, Broschüren über Diäten und Sport in den Kliniken auszulegen, sondern es sollten Lebensstil-Interventionen mit Beginn einer Antipsychotika-Therapie gestartet werden.</p> <p>Die Ergebnisse sind im Einklang mit anderen Studien.</p> <p>Limitationen werden genannt. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Studie über einen längeren Zeitraum wiederholt werden soll, um die Aussagekraft zu erhöhen. Zusätzlich sollte in weiteren Studien herausgefunden werden, welche Intensität der Lebensstil-Intervention nötig ist, um positive kardioembolische Gesundheit zu erlangen.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>(PSQI), Global Assessment of Functioning (GAF), Gesundheit unserer Nation Outcome Scale (HoNOS), Einhaltung von Medikamenten, Bewertungsskala (MARS), ein Fragebogen zur Häufigkeit von Lebensmitteln Beurteilung des Ernährungsstatus (einschließlich Mikro- und Makronährstoffaufnahme), und Trainingskapazität, einschließlich submaximaler Sauerstoffverbrauch (VO₂max) und selbst gemeldete körperliche Aktivität (IPAQ-SF).</p> <p>Die Auswirkungen der KBIM-Intervention im Vergleich zur Standardpflege-Gruppe auf Gewicht, BMI, Taillenumfang und biochemische Maßnahmen wurden unter Verwendung von untersucht wiederholten Maßnahmen untersucht. ANCOVA wurde zur Überwachung der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen verwendet.</p> <p>Die gepaarten t-Tests wurden in der Interventionsgruppe zur variablen Überwachung zwischen den einzelnen Messpunkten genutzt. Die Analysen wurden im SPSS Version 22 geführt.</p> <p>Es wurde kein Signifikanzniveau festgelegt.</p> <p>Es wurde eine Genehmigung der Ethikkommission für Humanforschung des South Eastern Sydney Local Health District eingeholt.</p>		

Würdigung der Studie: Curtis et al. (2016) Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie zeigt eine wichtige Intervention der pflegerischen Berufspraxis auf. Die Forschungsfrage ist klar definiert. Daraus ergibt sich das Forschungsziel. Hypothesen werden keine erwähnt. Es wird in der Einleitung viel auf empirische Literatur eingegangen. Dadurch wird das Thema verständlich dargestellt und der Zusammenhang zum Forschungsbedarf ist klar ersichtlich.</p> <p>Der Grund, wieso die antipsychotika bedingte Gewichtszunahme bis heute nicht verhindert werden kann, wird nicht genannt.</p> <p>Die Studienziele tragen klar zur Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit bei.</p>	<p>Die Wahl des quantitativen Studiendesigns wird von den Forschenden nicht begründet, ist aber in Verbindung mit der Forschungsfrage nachvollziehbar, da die Wirksamkeit der KBIM-Intervention geprüft wurde.</p> <p>Es wurde kein Forschungsdesign angegeben.</p> <p>Die Stichprobenziehung ist aufgrund der kleinen Stichprobe nicht repräsentativ für die Zielpopulation. Die Stichprobengröße ist mit 28 Teilnehmenden, welche die ganze Studie über teilnahmen, eher klein. Drop-Outs werden angegeben und sind begründet. Ein- und Ausschlusskriterien werden beschrieben und sind nachvollziehbar. Die Behandlung der Standardgruppe wird verständlich beschrieben. Die Gründe für die Einteilung in Interventions- oder Kontrollgruppe werden nicht genannt.</p> <p>Die Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben. Neben physiologischen Messungen werden auch die Befragungen erwähnt. Die Methoden waren bei allen Teilnehmenden gleich.</p> <p>Es wurden valide und zuverlässige Messinstrumente verwendet. Die Auswahl der Messinstrumente wird nicht begründet, ist aber aufgrund der Forschungsfrage nachvollziehbar. Die verwendeten Tests werden erklärt. Die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden wird nicht erwähnt. Es wurde das Ethikkomitee hinzugezogen, jedoch wurden keine ethischen Fragen diskutiert. Zur Beziehung zwischen Studienbeteiligten und Forschenden wird keine Auskunft gegeben.</p>	<p>Die einzelnen Ergebnisse werden im Fliesstext und in Tabellenform veranschaulicht. Es wird zwischen signifikanten und nicht signifikanten Ergebnissen unterschieden. Ergebnisse werden mit p-Werten verdeutlicht. Fraglich, da kein Signifikanzniveau angegeben wurde.</p>	<p>Es werden einige signifikante und nicht signifikante Ergebnisse diskutiert. Die Interpretationen der Resultate stimmt mit den Ergebnissen überein. Die Resultate werden im Zusammenhang mit der Fragestellung diskutiert. Ebenfalls werden andere Studien mit den Ergebnissen dieser Studie verglichen und diskutiert. Limitationen werden genannt und somit werden auch die Stärken und die Schwächen dieser Studie aufgezeigt. Die Intervention ist realistisch in der Pflege umsetzbar, benötigt jedoch die Unterstützung der Ernährungsberatung und der Physiotherapie.</p> <p>Die Studie lässt sich auch in einem anderen Setting umsetzen.</p>

Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> Messinstrumente sind allgemein anerkannt 	<ul style="list-style-type: none"> Beziehung zwischen Forschenden und Studienteilnehmenden wird nicht erläutert
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> Reproduzierbarkeit Transparenz der Methode 	<ul style="list-style-type: none"> Höhe Signifikanzniveau nicht festgelegt
Validität	<ul style="list-style-type: none"> Valide Messinstrumente Fragebögen zur subjektiven Empfindung 	<ul style="list-style-type: none"> Wenig Teilnehmende Unterschiedliche Antipsychotika

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009):

Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) eingeordnet, da es sich um eine einzelne Studie handelt, also um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Anhang E7: Watkins et al. (2019)

Zusammenfassung der Studie: Watkins et al. (2019) Keeping the body in mind: A qualitative analysis of the experiences of people experiencing first-episode psychosis participating in a lifestyle intervention programme

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Lebensqualität von psychisch Erkrankten liegt 20 Jahre tiefer als die von gesunden Menschen. Studien zeigen, dass oftmals junge Menschen weniger Motivation haben, um ihre Gesundheit zu verbessern. Solche Menschen benötigen Struktur und ein Programm, welchem sie folgen können, um ihre Gesundheit zu verbessern. Oft fehlen ihnen die nötigen Coping-Strategien. Der Beginn atypischer Antipsychotika-Therapie ist häufig mit einer Gewichtszunahme verbunden. Das Programm «Keeping the Body in Mind» (KBIM) hat gezeigt, dass eine frühzeitige Intervention mit Lebensstil-Aktivitäten diese Gewichtszunahmen abschwächen und möglicherweise die langfristige Gesundheit verbessern kann</p>	<p>Eine qualitative, deskriptive Methode, begründet durch folgende Erläuterung: Dieses Design ermöglicht ein Verständnis des Wer, Was und Wo eines Ereignisses bzw. einer Erfahrung. Population/Stichprobe: 11 Teilnehmenden der KBIM-Intervention willigten nach Erhalt von Informationen vorgängig in die Studie ein. Alter: 18-25-jährig. 7 Teilnehmende litten unter einer Schizophrenie. Einschlusskriterien: Erstpsychose-Episode, Behandlung mit Antipsychotika, Bereitschaft und Fähigkeit eine Einverständniserklärung abzugeben und an einem Interview teilzunehmen. Ausschlusskriterien: Unfähigkeit englische Sprache zu sprechen oder zu lesen. Datenerhebung: Halbstrukturierte Interviews Fragen zu 4 Themen: nützliche Aspekte des Programms, beeinflussende Attribute von Mitarbeitenden, Änderungen der Einstellung & Verhalten gegenüber der persönlichen körperlichen Gesundheit, Programmverbesserungsvorschläge. Weiterführende Fragen dienten dem detaillierterem Informationsgewinn. Interviews fanden 5 Monate nach Intervention statt. Dauer: 40-65 Minuten. Sie wurden aufgezeichnet und anschliessend transkribiert.</p>	<p>Zusammenarbeit mit KBIM-Dienst hatte positive Auswirkungen auf Genesung der psychischen Gesundheit. 1: - verbessertes Selbstwertgefühl, dadurch dass die Teilnehmenden mit der Hilfe die Belastung infolge der durch die Antipsychotika bedingte Gewichtszunahme mindern konnten, gab ihnen die Gewissheit wieder mehr an sich glauben zu können. - neues Gefühl der Hoffnung, durch Erkennen des Nutzens der Struktur und Aktivität - verbesserte Stimmung durch Erfolgserlebnis und Fokusveränderung auf Ziele und Struktur. - gesteigerte Motivation, durch Forderung kontinuierlicher Anstrengung. Produktivität erzielte Sinn- und allgemeine Lebensbegeisterung. 2: - Unterstützung, Teilnehmende fühlten sich verstanden und geschätzt. Nicht verurteilt. Personal wurde als flexibel, freundlich und kompetent angesehen.</p>	<p>Die Ergebnisse stehen im Einklang zu Ergebnissen aus früheren Studien und Literatur. Mit der Intervention konnte nicht nur die körperliche Gesundheit verbessert werden, sondern auch die psychische Gesundheit ein Stück weit wiederhergestellt werden. Vor allem in Bezug auf das Selbstvertrauen und die Motivation. Besonders hilfreich dabei war der Erfahrungsaustausch mit Gleichaltrigen. Emotionale Unterstützung in Form von Empathie, Wärme und Akzeptanz, als zentrales Ergebnis dieser Studie zeigte sich in bereits existierender Forschungsliteratur als besonders wichtig, um das soziale Vertrauen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu fördern.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>(Curtis et al., 2016). Mit den Ergebnissen der vorgängig quantitativen Studie wurde klar was sich verändert hat. Die Frage wie und warum dies geschah blieb für die vorliegende qualitative Studie offen.</p> <p>Das Ziel dieser Studie war es, die persönlichen Erfahrungen der KBIM-Teilnehmenden zu untersuchen. Das Forschungsteam versuchte die Erfahrungen von den einzelnen Betroffenen zu verstehen. Mit diesen Erkenntnissen sollte die Akzeptanz besser verstanden werden. Ebenfalls wollte herausgefunden werden, welche Aspekte des Programms hilfreich waren.</p>	<p>Datenanalyse: Tonaufnahme und schriftliche Notizen während Interviewprozess zur gemeinsamen Themenidentifikation. Aufnahmen wurden vom professionellem Transkriptionsdienst nach Unterzeichnung einer Vertraulichkeitsvereinbarung transkribiert. Verwendung thematischer Analyse zur Datenanalyse (methodische induktive Untersuchung von Text durch Erkennen und Zusammenstellen von Themen sowie Codieren, Klassifizieren und Entwickeln von Kategorien). Transkripte & Notizen wurden von Interviewern unabhängig voneinander gelesen, um detaillierte Notizen zu erstellen. Aus den Daten wurden breite Codes induktiv entwickelt, verfeinert und synthetisiert, um Kategorien zu erstellen. Ansatz der Mehrfachcodierung wurde verwendet, um das Risiko einer Verzerrung der Prüfer zu verringern.</p> <p>Nach einer Diskussion einigten sich die Autoren auf folgende Hauptthemen: Rolle der körperlichen Gesundheit bei der Wiederherstellung der geistigen Gesundheit (1), Bedeutung der Mitarbeiterinteraktion (2), Wert der Peer-Interaktion (3) und Erhalt eines nachhaltigen gesunden Lebensstils (4). Ethik: Teilnehmende wurden über Art der Studie informiert und darüber, dass die Beteiligung freiwillig war und keine Auswirkungen auf künftige Versorgung des psychiatrischen Dienstes haben würde und dass sie jederzeit zurücktreten könnten. Anonymität wurde gewährleistet. Zu Beginn</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Erfahren von Ermutigung durch Verwendung eines Behandlungsansatzes, welcher sich auf die Stärken fokussiert. - Wichtigkeit und Nutzen der Zielsetzung erkannt - Stoffwechsel-Screening (BD, GW & Taillenumfang) zeigt Fortschritt <p>3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verringerung der sozialen Isolation - Verringerung Stigmatisierung, durch Treffen auf Menschen in ähnlicher Situation. Gefühl von Zugehörigkeit. - Gemeinsames Lernen, Freude daran etwas gemeinsam erreicht zu haben/ Teil einer Gruppe zu sein. Bsp.: Kochgruppe - Erschaffen von Empathie und Respekt, Vertrauen, Autonomie, soziale Eingliederung, Copingstrategien und Teamfähigkeit <p>4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Ernährung und Bewegung als Schlüsselement der Veränderung durch alle Teilnehmenden identifiziert, Teilnehmende fühlen sich mit Wissen ausgerüstet, sodass sie auch ohne das Zentrum die Veränderung erhalten können. - Feste Routinen entwickelt, die selbstständig eingehalten werden können 	<p>Ergänzend zum Bereich emotionaler Unterstützung, zählt die instrumentelle sowie auch informative Unterstützung.</p> <p>Bemerkenswerte Erkenntnis aus dieser Studie: Wahrnehmung der nachhaltigen Veränderung im Lebensstil.</p> <p>Die Frage nach dem Wie und Warum wurde beantwortet.</p> <p>Die Teilnehmenden gaben nach der Studie nur positive Feedbacks zum Programm und den Pflegefachpersonen. Jedoch war während den Interviews immer eine Pflegefachperson anwesend.</p> <p>Fazit: Erste Studie, die einen qualitativen Ansatz verwendet, um den Effekt von Lebensstil-Programmen zu evaluieren. Somit wird Dimension geöffnet, um die Vorteile solcher Interventionen besser verstehen zu können. Die Studie unter-</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	wurde eine schriftliche Einwilligung eingeholt. Genehmigung der Studie durch Ethikkommission für Humanforschung des South Eastern Sydney Local Health District.	- Erfolgserlebnis ermutigt zur Veränderung in weiteren Lebensbereichen. Bsp: Beziehungsaufbau, Beschäftigung Ergebnisse werden in Kernthematiken zusammengefasst und mit Zitaten der Teilnehmenden veranschaulicht.	streicht die Miteinbeziehung von Gruppen- und Einzelkomponenten bei denen Peer-Mitarbeitenden eingesetzt werden können, um aus kurzen Interventionen nachhaltige Vorteile ziehen zu können.

Würdigung der Studie: Watkins et al. (2019) Keeping the body in mind: A qualitative analysis of the experiences of people experiencing first-episode psychosis participating in a lifestyle intervention programme

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Pflege hat in dem multi-professionellen Setting der durchgeführten Intervention die wichtige Rolle der Edukation. Es wurde keine präzise Forschungsfrage formuliert, jedoch ist aus dem Kontext ersichtlich welche Fragen offenbleiben. Es wird eine Hypothese formuliert. Das Ziel war es, nicht nur zu sehen, dass es funktioniert, sondern auch zu verstehen warum und wie es funktioniert. Dafür eignet sich diese Studie gut. Die Studie baut auf viel vorhandener Literatur und anderen Studien auf und weist somit einen elementaren Praxisbezug auf. Die Studie zeigt den qualitativen Bezug zum Thema auf.</p>	<p>Das Ziel der Studie steht in logischer Verbindung mit dem gewählten Design. Die Stichprobenziehung ist angebracht, weil es eine Evaluation einer vorgängig quantitativen Studie ist. Die eher kleine Grösse ist somit auch angebracht. Das Setting sowie die Beschreibung der Teilnehmenden sind ausreichend beschrieben. Die Meinung der Teilnehmenden ist unverzichtbar für die Erforschung des beschriebenen Phänomens. Dadurch können Prozesse besser verstanden und später optimiert werden.</p> <p>Als Limitation der Studie gilt es, dass die Mitwirkenden ausschliesslich positives Feedback gegeben haben. Die Forschende schliessen nicht aus, dass dies auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass ein Teil des Personals schon bei der eigentlichen Intervention teilnahm. Nachteile oder Verbesserungspotenzial konnten so nicht reflektiert und diskutiert werden.</p> <p>Die Steigerung des Selbstwertgefühls der Teilnehmenden wurde ausgiebig diskutiert und begründet.</p> <p>Der methodologische Ansatz folgt logisch aus der Fragestellung. Das Vorgehen der Datenanalyse wird präzise beschrieben und mit Referenz belegt. Sie ist somit logisch, nachvollziehbar und glaubwürdig. Ansatz der Mehrfachcodierung wurde gewählt, um Verzerrungen zu verhindern. Ethisch relevante Fragen wurden berücksichtigt und entsprechende Massnahmen wurden getroffen.</p>	<p>Ergebnisse entstanden aus einer «kunstvollen» Analyse und reflektieren die Reichhaltigkeit der gewonnenen Daten. Die Konzeptualisierungen der Forschenden stehen kongruent zu den Daten. Zitate der Teilnehmenden bestätigen die gewählten Kategorien der Forschenden. Die Kategorien stehen zueinander in Beziehung und sind logisch konsistent sowie inhaltlich voneinander zu unterscheiden.</p>	<p>Die Interpretation leistet einen wichtigen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften. Die Forschungsfrage kann ausreichend beantwortet werden. Es wird viel empirische Literatur zur Diskussion der Ergebnisse verwendet. Die Pflege wird in der Diskussion als Teil des Personals erwähnt, allerdings wird die Relevanz der Ergebnisse im Pflegealltag nicht diskutiert. Sie empfehlen Lebensstil-Interventionen aber in die Zusammenarbeit mit Individuen mit Erstpsychosen zu integrieren und da ist die Pflege vorne mit dabei.</p> <p>Da während den Interviews ein Mitglied des KBIM-Teams anwesend war, ist es möglich, dass alle Teilnehmenden positive Feedbacks gaben. Eventuell wäre es ohne deren Anwesenheit auch zu negativen Kommentaren gekommen. Somit ist eine Verzerrung möglich. Als weitere Limitation, dass alle Teilnehmenden junge Betroffene waren.</p>

Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985)

Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985)	Vorteile	Nachteile
Bestätigbarkeit (Confirmability)	<ul style="list-style-type: none"> • Auditinhalt & Prozess genau beschrieben • Mehrfachcodierungsansatz zur Verkleinerung des Verzerrungsrisikos 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellen der Codes durch die Forschenden • Fehlen einer externen Person für die Verifizierung der Ergebnisse
Zuverlässigkeit (Dependability)	<ul style="list-style-type: none"> • Datenanalyse werden sorgfältig von Autoren überprüft 	<ul style="list-style-type: none"> • Es fehlt externes Gremium zur Prüfung der Datenanalyse
Glaubwürdigkeit (Credibility)	<ul style="list-style-type: none"> • Glaubwürdigkeit gegeben, weil der Studie eine angemessene quantitative Studie voraus geht • Forschungsteam diskutiert Ergebnisse ausgiebig 	<ul style="list-style-type: none"> • Triangulation fehlt: Es hätten noch Beobachtungen der Interviewer mit den Forschungsdaten kombiniert werden können. • Es fielen keine negativen Kommentare zur Reflexion und Verarbeitung.
Übertragbarkeit (Transferability)	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse mit Zitaten belegt • Die 4 Hauptthemen aus der Diskussion der Ergebnisse können für weitere Forschungen genutzt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relevanz zum Pflegealltag wird nicht diskutiert was die Reflexion / Interpretation erschwert.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009):

Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) eingeordnet, da es sich um eine einzelne Studie handelt, also um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.