

Bachelorarbeit

Gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen bei Depression durch die Pflege – ein Literaturreview

eingereicht von

Anna Frank

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Dr. med.univ. Christian Vajda, MPH

Graz, 23.3.2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

23.3.2020

Anna Frank, eh

Zusammenfassung

Hintergrund: 6,5% der erwachsenen ÖsterreicherInnen weisen eine depressive Erkrankung auf. Weltweit sind rund 322 Millionen Menschen betroffen. Schätzungen zeigen, dass bei einer bestehenden Depression durch eine Behandlung die Krankheitslast nur um 20% gesenkt werden kann. Dies hebt die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention hervor. Die Gesundheits- und Krankenpflege hat viele Möglichkeiten Maßnahmen zu setzen, jedoch sind diese aufgrund ihrer fehlenden theoretischen Fundierung noch ausbaufähig.

Ziel: Es soll eine Übersicht über pflegerische Maßnahmen geboten werden, welche einen gesundheitsförderlichen und präventiven Einfluss auf Depressionen haben.

Methode: Die Recherche für dieses Literaturreview wurde im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2019 in den Datenbanken PubMed sowie CINAHL durchgeführt. Zwölf Studien wurden inkludiert und kritisch bewertet.

Ergebnisse: Die Studien wurden in drei Kategorien eingeteilt: Edukation und Beratung, körperliche Aktivität sowie Erfahrungen der Pflege. Dem Bereich Edukation und Beratung wird große Bedeutung zugeschrieben. Hierbei wurden auch verschiedene Modelle und Strategien, vor allem aber ein problemlösungsorientierter Ansatz, angewendet. Ebenfalls gute Ergebnisse wurden durch körperliche Aktivität erzielt. Weiters wurde untersucht, wie Pflegepersonen Anzeichen von Depressionen bei PatientInnen erkennen und welche Strategien sie dafür anwenden. Auch könnte eine App als Hilfsmittel zur Behandlung von Depressionen und deren Vorbeugung beitragen.

Diskussion: Die signifikanten Ergebnisse von Edukation und Beratung direkt nach der Intervention konnten oft in einer späteren Erhebung nicht bestätigt werden. Körperliche Aktivität zeigte ebenfalls gute Ergebnisse, jedoch nur in der Langzeitpflege. Pflegepersonen verwendeten unterschiedliche Strategien zur Erkennung von Depressionen. Eine einheitliche Verwendung von Assessmentinstrumenten könnte ein besseres Mittel sein. Eine App zur Behandlung bei depressiven PatientInnen wird in der Literatur kontrovers diskutiert.

Schlussfolgerung: Edukation und Beratung zeigten gute Ergebnisse für die gesundheitsförderliche und präventive Arbeit bei Depressionen. Es sollte weiterhin in Forschung investiert werden, um die Wirksamkeit der Maßnahmen über einen längeren Zeitraum zu gewährleisten. Weitere Studien zur körperlichen Aktivität in anderen Settings könnten ebenfalls gute Ergebnisse erzielen. Die evidenzbasierten Maßnahmen sollten in Anleitungen zusammengefasst werden, um eine praxisnahe Implementierung zu fördern.

Schlüsselworte: Depression, Gesundheitsförderung, Prävention, Pflegepersonal

Abstract

Background: 6,5% of Austrians suffer from a depressive illness. Around 322 million people are affected worldwide. Recent estimations display that the burden of disease can only be reduced by 20% after disease onset, which emphasizes the importance of health promotion and prevention. There are many opportunities for nurses to take measures, but due to a lack of theoretical foundation these are still expandable.

Aim: An overview is given on health promotion and preventive interventions undertaken by nurses which influence depressive symptoms in patients.

Method: The design of this study is a literature review. The literature research was conducted in the databases PubMed and CINAHL from October 2019 until December 2019. Twelve studies were included and evaluated critically.

Results: The studies included were sorted in three categories: education and counselling, physical activity and experience in nursing. Education and counselling is considered to be highly important. In the studies, various models and strategies, but especially a problem-solving approach, were used. Good findings were also achieved through physical activity. It was also examined how nurses recognize depressive symptoms in patients and which strategies they use to do so. An app, a technical tool, could also help to treat symptoms in depression and prevent it.

Discussion: Education and counselling indicate good results shortly after interventions were taken but can often no longer be observed at a later point. Physical activity also displays promising outcomes. However, these effects could only be demonstrated in long-term care. Nursing staff apply different strategies for recognition in depression. Standardized assessment tools could be a better way to identify depression effectively. An app for the treatment and prevention of depression is discussed controversially in the literature.

Conclusion: Education and counselling show promising findings for health promotion and prevention in depression. Further research should be accomplished in order to explore interventions which are effective in the long term. Also, further studies on physical activity in other settings than long-term care could show good results. Evidence based interventions should be summarized in practical instructions to promote implementation.

Keywords: depression, health promotion, prevention, nurses

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	III
Abstract.....	IV
Abbildungsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	1
Abkürzungsverzeichnis	2
1 Einleitung	3
1.1 Depression	4
1.1.1 Symptome.....	5
1.1.2 Risikofaktoren und Ursachen	6
1.1.3 Folgen.....	7
1.1.4 Diagnose und Therapie.....	7
1.2 Gesundheit und Krankheit	8
1.2.1 Das Biopsychosoziale Modell	8
1.2.2 Salutogenese nach Aaron Antonovsky	9
1.3 Prävention und Gesundheitsförderung.....	10
1.3.1 Prävention.....	10
1.3.2 Gesundheitsförderung.....	11
1.4 Pflegerrelevanz.....	12
1.4.1 Forschungslücke	14
1.5 Ziel und Forschungsfrage	14
2 Methode.....	15
2.1 Design	15
2.2 Suchstrategie.....	15
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	16
2.4 Auswahl der Studien.....	17
2.4.1 Kritische Bewertung.....	17

3	Ergebnisse.....	19
3.1	Charakteristika der Studien.....	19
3.2	Beratung und Edukation	25
3.2.1	Problemlösungsorientierter Ansatz.....	28
3.3	Körperliche Aktivität	33
3.4	Erfahrungen der Pflege	34
4	Diskussion	37
4.1	Beratung und Edukation	37
4.2	Körperliche Aktivität	39
4.3	Erfahrungen der Pflege	40
4.3.1	Technische Hilfsmittel.....	41
5	Schlussfolgerung	42
5.1.1	Stärken und Limitationen	43
5.1.2	Praxisempfehlung	44
5.1.3	Forschungsempfehlung.....	44
6	Literaturangaben.....	46
7	Anhang	51
7.1	Bewertung der Studien.....	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart	18
-------------------------------------	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenbanksuche.....	16
---------------------------------------	----

Tabelle 2: Charakteristika der Studien	19
---	----

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BDI	Beck Depression Inventory (Selbsteinschätzungsinstrument)
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale (Skala)
CES-D	Center for Epidemiologic Studies: Depression Scale (Skala)
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (Datenbank)
COPD	Chronische obstruktive Lungenerkrankung
DNS	Depression-Nurse-Specialist
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale (Skala)
GDS	Geriatric Depression Scale (Skala)
GHQ	General Health Questionnaire (Fragebogen)
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HADS-D	Hospital anxiety and depression scale (Skala)
HOPES	Helping Older People Experiencing Success (Programm)
HRSD	Hamilton Rating Scale for Depression (Skala)
ICD	Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten, Version 10
IDAS-GD	The Inventory of Depression and Anxiety Symptoms General Depression Scale (Skala)
LV	Listening Visits
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool (Bewertungsbogen)
P	Signifikanzwert
PHQ-9K	Patient health questionnaire 9 Korean version (Fragebogen)
PSE	Present State Examination (Interview)
PubMed	Public Medicine (Datenbank)
Q-LES-Q	Quality of Life, Enjoyment, and Satisfaction Questionnaire (Fragebogen)
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie (Studiendesign)
RIS	Rechtsinformationssystem
SANS	Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Skala)
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Die World Health Organization (WHO) schätzt den Anteil der an Depression erkrankten Personen weltweit auf 4,4%. Die Erkrankung betrifft somit rund 322 Millionen Menschen (WHO, 2017). In Österreich liegt die Prävalenz der erwachsenen Bevölkerung bei 6,5% (Nowotny et al., 2019a). Weniger als die Hälfte der Betroffenen weltweit erhalten eine angemessene Behandlung, obwohl effektive Behandlungsmethoden bekannt sind. Hierzu tragen viele Faktoren bei, wie das Vorhandensein zu weniger Ressourcen, zu wenig Angebot von GesundheitsdienstleisterInnen und auch das noch immer vorhandene soziale Stigma in der Gesellschaft. Weitere Probleme sind inakkurate Assessments, so wird weltweit oft nicht die richtige Diagnose gestellt. Andererseits wird bei Menschen ohne Depression oft eine solche diagnostiziert (WHO, 2019). Die Dunkelziffer von an Depression Erkrankten ist somit dementsprechend hoch. In den letzten Jahren konnte außerdem ein Anstieg der Erkrankung beobachtet werden. Die WHO berichtet von einer Steigung der Zahlen um 18,4% von 2005 auf 2015 (WHO, 2017).

Die Prävalenzrate variiert unterschiedlich nach Geschlecht, Region und Alter. So treten depressive Erkrankungen weltweit bei Frauen (5,1%) häufiger als bei Männern (3,6%) auf. Regional sind Männer am häufigsten in Afrika betroffen, Frauen in Afrika und in Amerika. Die geschlechterspezifischen Unterschiede erweisen sich als multifaktoriell, so gibt es eine Bandbreite von Einflüssen (psychobiologische Geschlechtsunterschiede, sozioökonomische Bedingungen, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen, gesundheitsrelevantes Verhalten, Lebenskompetenzen, gesundheits- und systembezogene Faktoren), welche unterschiedlich stark, je nach Geschlecht, Auslöser für die Erkrankung sein können (Bundesministerium für Arbeit Soziales Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). Die geringste Prävalenzrate bei Männern und Frauen weist die westliche Pazifikregion auf (WHO, 2017). Depressive Erkrankungen treten in jedem Alter auf (Kapitany and Stein), jedoch spitzt sich die Zahl mit zunehmenden Lebensalter zu. So sind Frauen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren am meisten betroffen, Männer zwischen 60 und 69 Jahren (WHO, 2017). Depressive Erkrankungen stellen die führende Ursache für gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen dar und tragen entscheidend zur globalen Krankheitslast bei (WHO, 2019), welche auch als „Global Burden of Disease“ beschrieben wird. Sie bezeichnet den gesamten Gesundheitsverlust einer Gruppe wie zum Beispiel innerhalb eines Staates oder einer bestimmten Region (Gesundheitsziele Österreich, 2020).

Über 80% dieser Krankheitslast wird den einkommensschwachen Ländern und jenen mit mittlerem Einkommen zugeschrieben (WHO, 2017).

Ein depressiver Mensch und auch dessen Angehörige erleben durch ihre Erkrankung erhebliches Leid. Es benötigt große Überwindung tägliche Aktivitäten auszuführen, dies führt zu enormen gesundheitlichen Einschränkungen und Folgen, jedoch zieht es auch gesellschaftliche und ökonomische Konsequenzen nach sich (Nowotny et al., 2019c). So sind Depressionen in Europa der häufigste Grund für lange Fehlzeiten und Behinderungen am Arbeitsplatz. Die anfallenden Kosten durch Produktivitätsverlust sowie direkte Kosten, wie Geldausgaben für Behandlungen, sind sehr hoch (WHO/Europa, 2019b). Somit sind Depressionen zu den führenden „Public Health“ Themen des 21. Jahrhunderts geworden (Nowotny et al., 2019a). Schätzungen zeigen, dass eine effektive Behandlung bei bestehenden Depressionen die Krankheitslast nur bis zu 20% verringern kann (Niederkrötenhaller and Nowotny, 2019). Dies unterstreicht die Wichtigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung, um depressiven Erkrankungen entgegenzuwirken (Niederkrötenhaller and Nowotny, 2019). Neben der Gesundheitsversorgung ist somit vor allem Stärkung von Ressourcen, Ausschalten von Risikofaktoren und das wachsende Bewusstsein für psychische Gesundheit in der Gesellschaft ein zentraler Ansatz (Nowotny et al., 2019b).

1.1 Depression

Die Erkrankung „Depression“ gehört zu der Gruppe der affektiven Störungen und bringt eine krankhafte Veränderung der Stimmung (Affektivität) und des Antriebs mit sich (Pschyrembel, 2019). Der Begriff selbst wird jedoch vielfach verwendet, einerseits zur Benennung eines Symptoms oder eines Syndroms, andererseits auch zur Benennung einer ganzen Krankheitsgruppe (Laux, 2015). Die WHO beschreibt das Krankheitsbild als eine psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit, Verlust der Genussfähigkeit, Schuldgefühle, geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein kann (WHO/Europa, 2019a).

Eine genauere Kategorisierung bietet die ICD-10 (internationale statistische Klassifikation von Krankheiten, Version 10) der WHO, welche die affektiven Störungen in zwei Hauptsymptome einteilt: Veränderung der Stimmung zur Depression oder zur gehobenen Stimmung. Unterschieden wird bei dieser Klassifizierung in Symptomstärke, Dauer und Verlauf der Erkrankung sowie in Polarität. Depressionen können der Symptomstärke nach

in „depressive Episoden“, welche leicht, mittelgradig und schwer (auch Major Depression) sein können, eingeteilt werden. Bezugnehmend auf Verlauf und Dauer unterscheiden sich „Depressive Episoden“ von „rezidivierenden depressiven Störungen“, welche wiederholend auftreten können und in der Zwischenzeit symptomfreie Intervalle zeigen. Die Erkrankung kann aber auch über Jahre hinweg andauern, wobei sie hier den „anhaltenden affektiven Störungen“ zugeordnet werden. Zusätzlich kann eine depressive Erkrankung auch mit Episoden von psychotischen Symptomen einhergehen (Dilling and Freyberger, 2016).

Die geläufigste grobe Einteilung erfolgt nach der Polarität der affektiven Störungen jeweils in „unipolare depressive Störungen“, welche aus rein depressiven Phasen bestehen und in „bipolare affektive Störungen“, welche neben den depressiven Phasen mitunter auch manische Episoden hervorbringen. Manische Phasen sind durch gehobene Stimmung, vermehrten Antrieb und erhöhte Aktivität gekennzeichnet (Rothenhäusler and Täschner, 2013). Auch können Anpassungsstörungen nach entscheidenden oder belastenden Lebensereignissen kurze oder längere depressive Reaktionen zeigen, auch wenn diese Erkrankung nicht den Kriterien einer Depression unterliegt (Dilling and Freyberger, 2016).

1.1.1 Symptome

In der Klinik zeigen sich die Symptome einer Depression sehr komplex, vielgestaltig und sind unterschiedlich je nach Erscheinungsbild. Meist treten psychische, psychomotorische und somatische Symptome auf: Psychische Auswirkungen zeigen sich durch sogenannte „Losigkeitssymptome“ wie Hoffnungslosigkeit, Gefühllosigkeit, Perspektivlosigkeit und Energielosigkeit (Rothenhäusler and Täschner, 2013). Der depressive Mensch sieht sich selbst und seine Umgebung als negativ (Laux, 2015). Diese typische Symptomatik der Traurigkeit und der gedrückten Stimmung wird von den Betroffenen oft als „emotionale Leere“ beschrieben (Deisenhammer, 2019). Häufige psychomotorische Symptome sind einerseits Hemmung und andererseits Agitiertheit. Diese äußern sich beispielsweise durch Antriebsarmut, im Extremfall bis zu einem Stupor, einer extremen energielosen Passivität mit hochgradiger Teilnahmslosigkeit und Erstarrung. Andererseits kann auch Agitiertheit in Form gesteigerter motorischer Aktivität (Unruhe) auftreten. Somatische Beschwerden zeigen sich oft durch Biorhythmusstörungen (z.B.: Tagesschwankungen, Morgentief) und auch durch vegetative Störungen sowie Vitalsymptome wie Mundtrockenheit, Lichtempfindlichkeit, Atembeschwerden oder durch Druckgefühle in der Herzgegend (Rothenhäusler and Täschner, 2013).

Bei depressiven Männern zeigt sich die Symptomatik oft atypisch. Aggressivität, Gereiztheit, vermehrter Alkoholkonsum und Klagen über Stressbelastung können hier ein Hinweis für eine depressive Erkrankung sein (Laux, 2015). Auch bei alten Menschen sind oft untypische Anzeichen beobachtet worden, weshalb Depressionen oft nicht diagnostiziert werden. Sozialer Rückzug, gehäuftes Klagen, Reizbarkeit, Verlangsamung und somatische Syndrome wie chronische Schmerzen können hier typisch für eine depressiven Erkrankung sein (Nowotny et al., 2019c).

1.1.2 Risikofaktoren und Ursachen

Ob jemand an einer Depression erkrankt, hängt von der individuellen Disposition, der Anfälligkeit für bestimmte Krankheiten, der betreffenden Person ab. Die Entstehung einer Depression wird als multifaktoriell gesehen. Möglichkeiten, dieses multifaktorielle Geschehen nachzuvollziehen, bietet das biopsychosoziale Modell, auf welches zu einem späteren Zeitpunkt (siehe S. 8) genauer eingegangen wird. Risikofaktoren, die das Auftreten einer depressiven Erkrankungen begünstigen, sind vielfältig, vor allem genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren tragen hierzu bei: Eine genetische Disposition zu depressiven Störungen zeigen unter anderem bipolare affektive Störungen. Neurobiologische Störungen können aufgrund eines Ungleichgewichtes verschiedener Neurotransmitter auftreten, so werden bei depressiv kranken Menschen oft verminderte Mengen an Noradrenalin und Serotonin im Zentralnervensystem festgestellt. Psychosoziale Belastungsfaktoren zeugen ebenfalls von hoher Wichtigkeit bei der Frage nach der Entstehung einer Depression. Oft ist die Rede von kritischen Lebensereignissen, sogenannten „life events“, aber auch psychosozial-gesellschaftliche Faktoren wie Erschöpfungssyndrome, „Burn-out“ durch Reizüberflutung, Fremd- und Selbstüberforderung spielen hier eine Rolle. Bestimmte Erkrankungen und Medikamente können ebenfalls Ursache, Ko-Faktor oder Auslöser von Depressionen sein. Klare Assoziationen zeigen beispielsweise Diabetes, Schlaganfall, Morbus Parkinson, COPD, onkologische Erkrankungen, Epilepsie oder die Koronare Herzkrankheit. Die Komorbidität tritt bidirektional auf, dies bedeutet, dass sowohl Depressionen diese Erkrankungen begünstigen als auch umgekehrt (Rothenhäusler and Täschner, 2013, Laux, 2015).

1.1.3 Folgen

Gesundheitliche Konsequenzen

Depressive Erkrankungen begünstigen die Mortalität und die Morbidität. Die Betroffenen leiden unter verminderter Lebensqualität. Da mit der Krankheit oft auch ein ungesünderer Lebensstil miteinhergeht, fördert dies zusätzlich das Entstehen anderer Erkrankungen. Das Suizidrisiko unter den Erkrankten ist 20fach erhöht. 50% der Suizide werden von Personen mit akuten depressiven Störungen durchgeführt (Nowotny et al., 2019c).

Soziale und gesellschaftliche Konsequenzen

Die Betroffenen haben oft Schwierigkeiten ihre sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten, dies kann zum Rückzug im privaten Umfeld als auch am Arbeitsplatz führen und bis zur persönlichen Isolation fortschreiten. Eine Problematik dabei ist das noch immer vorhandene Stigma in der Gesellschaft, welches mit negativen Vorurteilen gegenüber psychischen Erkrankungen einhergeht und von den Betroffenen oft als sehr belastend beschrieben wird (Nowotny et al., 2019c).

Ökonomische Folgen

In Europa zählen Depressionen zu den führenden Ursachen für morbiditätsbedingte Behinderung am Arbeitsplatz und die durch die Behinderung verlorenen Lebensjahre aufgrund des frühen Ausbrechens der Erkrankung und dem chronischen oder rezidivierenden Verlauf. Die Krankheitskosten in Europa durch depressive Erkrankungen werden auf ein Drittel der Gesamtausgaben für psychische Erkrankungen geschätzt (Nowotny et al., 2019c).

1.1.4 Diagnose und Therapie

Jede/r zehnte PatientIn, welche/r in einer Arztpraxis behandelt wird, leidet unter einer depressiven Erkrankung, jedoch wird bei der Hälfte der Erkrankten keine Depression diagnostiziert. Dies zeigt, wie wichtig es ist, die Krankheit auch als eine solche zu erkennen. Eine entscheidende Untersuchungsmethode ist die Gesprächsführung mit der/dem PatientIn, dabei gilt es, die/den PatientIn hinsichtlich Verhalten und Ausdruck zu beobachten. Oft werden Fragen zum Gemüt gestellt, wie „Können Sie sich noch freuen?“, „Haben Sie noch Interesse an etwas?“ oder „Plagt Sie das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden?“. Infolge dessen soll außerdem das Suizidrisiko eingeschätzt werden. Zusätzlich muss von anderen

Erkrankungen abgegrenzt werden, wie zum Beispiel bei Morbus Parkinson, Demenz oder bei Einfluss psychotroper Substanzen und Arzneimittel (Rothenhäusler and Täschner, 2013). Die Grundlage der Depressionsbehandlung sollte ein stützendes, wertschätzendes Gespräch mit der/dem PatientIn sein, indem auf die persönliche Leidensgeschichte eingegangen wird. Wichtig ist auch der Einbezug naher Bezugspersonen. Der Therapieansatz richtet sich individuell nach der betroffenen Person und dem klinischen Erscheinungsbild der Erkrankung. So kann die Pharmakotherapie mit Antidepressiva, eine Psychotherapie oder eine Kombination aus beiden notwendig sein. Es gibt auch weitere Therapieformen, welche individuell verwendet werden, wie die Elektrokrampftherapie, Lichttherapie oder eine Schlafentzugsbehandlung. Um die Compliance (Zuverlässigkeit) der PatientInnen bei der Medikamenteneinnahme zu stärken, soll sofort zu Behandlungsbeginn über das Therapiekonzept und die Nebenwirkungen informiert werden. Eine wichtige Information hierbei ist der nicht sofortige Wirkungseintritt bei Antidepressiva (Laux, 2015).

1.2 Gesundheit und Krankheit

In dieser Arbeit soll neben der Erkrankung Depression der Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention liegen. Da diese Ansätze ein enges Zusammenspiel zwischen Gesundheit und Krankheit aufzeigen, wird in diesem Kapitel ein Augenmerk auf die beiden eng korrelierenden Begriffe gelegt.

Gesundheit betrifft unmittelbar jeden Menschen, weshalb die Bedeutung des Begriffs einen hohen Stellenwert einnimmt. In der Gesellschaft wird unter Gesundheit „Nicht-Kranksein“ und ein aktives, erfülltes, selbstgestaltetes Leben verstanden. Der Zustand der Gesundheit wird meist als etwas wahrgenommen, das man nicht wahrnimmt, weil es nicht auffällt, wenn es da ist (Steinbach, 2017). Unter Krankheit wird grundsätzlich Funktionsuntüchtigkeit, ein vorhandenes Defizit und das Bestehen organischer Erkrankungen verstanden. Gesundheit, als Gegenteil, ist der Ausschluss von krankhaften Vorgängen. Eine Trennung der beiden Begriffe, Gesundheit und Krankheit, fällt schwierig, denn ein Mensch ist nicht nur einfach „krank“ oder „gesund“ (Egger, 2017).

1.2.1 Das Biopsychosoziale Modell

Das Biopsychosoziale Modell besagt, dass nicht nur ein Faktor für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit zuständig ist, sondern dass dies „ganzheitlich“ mit Wirkung auf

drei Ebenen entsteht. Diese drei Ebenen sind: biologisch, psychologisch und ökosozial. In der Praxis soll somit nicht mehr klar abgegrenzt werden zwischen „gesund“ und „krank“, denn der Mensch kann auf jeder Ebene mehr oder weniger funktionstüchtig sein (Egger, 2017).

- Biologische Ebene: organmedizinische Aspekte, biomedizinische Daten, Genetik, Risikofaktoren
- Psychologische Ebene: Persönlichkeit, Bewältigungsstrategien
- Ökosoziale Ebene: allgemeine Lebensbedingungen (Familie, Beruf, Wohnsituation), Stressoren im Umfeld

Sowohl externe und interne Risiko- als auch Schutzfaktoren können einen Einfluss auf die drei Ebenen haben. Risikofaktoren können einen Krankheitsprozess auslösen, beschleunigen oder aufrechterhalten, während Schutzfaktoren diesen verhindern, verzögern oder die Heilung beschleunigen. Ein Beispiel für interne Risiko- oder Schutzfaktoren ist das Gesundheitsverhalten, wie zum Beispiel Fehlernährung oder gesunde Ernährung. Externe Faktoren sind beispielsweise Umweltbedingungen wie Schadstoffe und Lärm oder passende Lebensbedingungen und ein gutes psychosoziales Netzwerk (Egger, 2017).

1.2.2 Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Ein anderes Konzept von Gesundheit und Krankheit bietet die Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Salutogenese bedeutet „Entstehung von Gesundheit“, dem gegenüber steht die Pathogenese, die Entstehung von Krankheit. Durch dieses Konzept sollen anstatt der Frage „Was macht den Menschen krank?“ positivere Denkweisen und Überlegungen wie „Was macht/hält den Menschen gesund?“ entwickelt werden. Außerdem wird von einem fließenden Übergang zwischen den Zuständen „gesund“ und „krank“ ausgegangen. Auch ein gesunder Mensch hat kranke Anteile in sich und umgekehrt (Steinbach, 2017). So benötigt beispielsweise ein „gesunder“ Mensch, aufgrund einer starken Kurzsichtigkeit, eine Brille, während ein Schwerkranker sehr gut sehen kann. Es geht darum herauszufinden, wie nahe man sich an den Endpunkten „Gesundheit“ oder „Krankheit“ befindet. Als „Sense of coherence“ oder Kohärenzgefühl wird in der Salutogenese das Vertrauen darauf bezeichnet, dass genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, um Belastungen zu bewältigen. Dabei gibt es drei wesentliche Elemente: Gefühl der Verstehbarkeit, Gefühl der Handhabbarkeit und

Gefühl der Bedeutsamkeit. Ersteres bedeutet, dass der Mensch die Gesamtheit des Problems oder der Krankheit versteht und mit diesem Wissen ein gewisses Vertrauen entwickelt. Das Gefühl der Handhabbarkeit ist die Zuversicht darauf, dass Herausforderungen bewältigt werden können. Das letzte Element des Kohärenzgefühls, das Gefühl der Bedeutsamkeit, ist die Überzeugung, dass das Problem oder die Herausforderung einen Sinn ergibt und es sich lohnt zu kämpfen. Bei jedem Menschen ist das Kohärenzgefühl individuell ausgeprägt. Eine sehr gute Ausprägung des Kohärenzgefühls bedeutet eine stärkende Wirkung für die Gesundheit. Eng verknüpft mit dem Kohärenzgefühl sind die oben bereits erwähnten „Widerstandsressourcen“, welche wichtig für die Bewältigung von Belastungen sind, und individuelle Stressoren, welche das Kohärenzgefühl schwächen. Diese können von der Umwelt (Familie, Freunde, soziale Strukturen, ökonomische Situation, Wohnraum) herangezogen werden oder liegen in einem selbst (Intelligenz, Problemlösefähigkeiten, Bindungsfähigkeit, Selbstbewusstsein). Wichtig dabei ist der bessere oder schlechtere Umgang mit den jeweiligen Stressoren, so werden Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl bestimmte Reize als neutral betrachten, während Personen mit niedrigem Kohärenzgefühl diese als Stressoren sehen. In der Pflege kann dieses Konzept angewendet werden, indem man die PatientInnen unterstützt, das individuelle Kohärenzgefühl zu stärken. Wichtig dabei ist, ressourcenorientiertes Denken anstatt Defizite in den Vordergrund zu rücken (Steinbach, 2017).

1.3 Prävention und Gesundheitsförderung

1.3.1 Prävention

Im Bereich der Gesundheit bedeutet Prävention ursprünglich „einer Erkrankung zuvorzukommen“. Die Maßnahmen einer Krankheitsprävention sind alle Maßnahmen, die das Auftreten bestimmter Krankheiten verhindern sollen, so wie die Beseitigung von Risikofaktoren (Steinbach, 2017).

Die Einteilung der Präventionsmaßnahmen erfolgt in:

- Zeitpunkt: primär, sekundär, tertiär
- Ziel: Verhaltensprävention, Verhältnisprävention
- Methode: Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung

Primärprävention kann in der gesamten Gesellschaft eingesetzt werden, denn Anzeichen einer Krankheit sind noch nicht zu erkennen. Es sind Maßnahmen, welche das Auftreten einer Erkrankung verhindern sollen. Die durchgeführten Interventionen beziehen sich meist auf Aufklärung und Edukation in der Bevölkerung wie z.B.: die Bedeutung von Bewegung und Ernährung für die Gesundheit. Bei der Sekundärprävention sind bereits Anzeichen einer Erkrankung vorhanden, welche oft noch auf den ersten Blick symptomlos sind. Ziel ist es, eine Krankheit zu erkennen (Früherkennung). Ein Beispiel dafür ist die Gesunden- und Vorsorgeuntersuchung in Österreich. Die Tertiärprävention umfasst präventive Maßnahmen, wenn eine Krankheit bereits ausgebrochen ist. Es sollen Folgeschäden oder das Wiederauftreten einer Krankheit verhindert werden. Diese Interventionen werden oft in Form von Beratungen durchgeführt (Steinbach, 2017).

Die Verhaltensprävention bezieht sich auf das persönliche krankheitsverhindernde Verhalten. Um dieses Wissen an die Betroffenen weiterzugeben, wird mit Aufklärung, Beratung und Informationsgabe gearbeitet. Im Gegenzug versucht die Verhältnisprävention gesundheitsschädigende Einflüsse, die von außen auf ein Individuum wirken, zu verändern (Steinbach, 2017).

Präventive Maßnahmen werden auch je nach Methode unterschiedliche eingeteilt. Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung sollen durch Wissensvermittlung Motivation für gesundheitsförderndes Verhalten erzeugen. Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung soll sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene Möglichkeiten bieten, sich mit dem Thema der Gesundheit auseinanderzusetzen und Neues dazuzulernen (Steinbach, 2017).

1.3.2 Gesundheitsförderung

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ wird 1986 zum ersten Mal von der WHO definiert:

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health (WHO, 1986).”

Um diese Selbstbestimmung (Empowerment) leben zu können, müssen die Menschen, sowohl als Individuum als auch in der Gruppe, ein Verständnis für Gesundheit entwickeln

und lernen Gesundheit wahrzunehmen. Um zu gewährleisten, dass die Fähigkeit, richtig mit Gesundheit umzugehen, erreicht und Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit ergriffen werden, muss in der gesamten Gesellschaft daran gearbeitet werden. Auch die Gesundheits- und Krankenpflege ist für das Fördern der Gesundheit zuständig. So lautet die Berufsbezeichnung der Profession seit 1997 nicht mehr „diplomierte Krankenschwester und diplomierter Krankenpfleger“, sondern „diplomierte/r Gesundheits- und KrankenpflegerIn“. Ein neuer und positiverer Ansatz gewinnt in der Pflege so an Stellenwert. Der Fokus soll nicht mehr allein darauf liegen Krankheit zu lindern, sondern vor allem soll die Gesundheit in das Zentrum gerückt werden. Somit liegen die Aufgaben der Gesundheitsförderung im Gegensatz zur Prävention darin, den Menschen beizubringen, wie sie gesund bleiben können, anstatt Krankheiten zu verhindern/zu vermeiden. Wichtig ist die Entwicklung der Fähigkeit, mit Gesundheit und den beeinflussenden Faktoren umgehen zu können, dabei sollen die persönlichen Ressourcen gestärkt werden. Dies kann mit der Veränderung des Umfeldes durch die Reduktion von schädlichen Einflüssen und die Verstärkung von positiven Faktoren unterstützt werden (Steinbach, 2017).

1.4 Pflegerelevanz

Neben der Umbenennung der Berufsgruppenbezeichnung ist die Wichtigkeit der Durchführung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen durch die Pflege auch gesetzlich verankert. Das gehobene Pflegepersonal hat die Verantwortung diese Tätigkeiten in allen Settings durchführen. In der Beschreibung des Berufsbildes und in der Auflistung der pflegerischen Kernkompetenzen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wird das Tätigkeitsprofil im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention für den gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienst erläutert: So steht in §12 Abs. 2 GuKG geschrieben:

„Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei (RIS, 2019).“

Weiter in §14 Abs. 1&2 GuKG:

„Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege insbesondere: [...] Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention, [...] (RIS, 2019).“

Die Zahlen des Depressionsberichtes des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz aus dem Jahr 2019 heben hervor, dass die Pflege in jedem Bereich mit an Depression erkrankten PatientInnen konfrontiert werden kann. Der Bericht zeigt, dass nicht nur in psychiatrischen Abteilungen depressive PatientInnen gepflegt werden, sondern vor allem auch auf somatischen Stationen. Bei 1,6% aller Aufnahmen in akut- und teilstationären Krankenhäusern in Österreich wird die Diagnose Depression gestellt. Obwohl der größte Anteil dieser Behandlungen (76%) in psychiatrischen Abteilungen erfolgt, sind es noch 24% der PatientInnen, welche in anderen Abteilungen behandelt werden. Dazu kommt, dass in 3% aller Aufnahmen in akut- und teilstationären Krankenhäusern eine Depression als Nebendiagnose erkannt wird, davon wiederum befinden sich 84% der PatientInnen auf rein somatischen Abteilungen (Delcour, 2019).

Depressive PatientInnen bringen außerdem pflegerische Konsequenzen mit sich. Vor allem bei alten Menschen resultiert die Erkrankung oft in Immobilität, Bettlägerigkeit, Unterernährung und Dehydratation und führt somit zu erhöhtem Pflegebedarf und zu kostenintensiverer Betreuung (Nowotny et al., 2019c).

Im Krankenhaus ist die Berufsgruppe der Pflege diejenige, die am meisten Zeit mit den PatientInnen verbringt. Pflegende sind daher sehr gut geeignet den Betroffenen zu Gesundheit zu verhelfen, da sie meist am besten über das persönliche Lebensumfeld der PatientInnen Bescheid wissen. Gesetzte präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen durch die Pflege zeigen außerdem positive Effekte in Form von Abwehr von Krankheitsrisiken, der Wiedergewinnung von verlorenen Fähigkeiten bis zur Förderung des Wohlbefindens, welches sich auf eine steigende Lebensqualität der PatientInnen auswirkt. Beratung, Aufklärung und Information werden oft nicht als pflegerische Tätigkeiten empfunden, gehören jedoch ebenfalls zu den Aufgaben der Profession. Der Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention weist jedoch noch erhebliche Defizite an pflegerischen Maßnahmen auf. Grund dafür ist unter anderem die fehlende theoretische Fundierung (Steinbach, 2017).

1.4.1 Forschungslücke

In der bisher vorhandenen Literatur gibt es einiges zu den Themen Gesundheitsförderung oder Prävention, jedoch sehr wenige Studien, welche einen Pflegebezug aufweisen und den Fokus speziell auf die Erkrankung der Depression gerichtet haben. Bereits vorliegende Forschungen konzentrieren sich meist auf Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung bei Depression im Zusammenhang mit einer anderen, oft chronischen Erkrankung. Es konnte keine Zusammenfassung pflegerischer Tätigkeiten bei Depression gefunden werden. Mithilfe dieser Arbeit soll ein Überblick über die bereits vorhandenen Maßnahmen, welche in verschiedenen Studien erhoben wurden, erstellt werden.

1.5 Ziel und Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist es, mithilfe einer literarischen Suche in diversen Datenbanken Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Depression zusammenzufassen, welche von der Profession der Pflege angewendet und durchgeführt werden können. Damit soll eine Übersicht über bisherige Tätigkeiten erstellt werden und somit eine Hilfestellung für die Pflegepraxis bieten. Weiters sollen mit der vorliegenden Arbeit mögliche Implikationen für die Praxis als auch für die Forschung abgeleitet werden.

Aus dem vorliegenden Ziel ergibt sich folgende Forschungsfrage für diese Arbeit:

Welche gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen
gibt es bei Depression durch die Pflege?

2 Methode

2.1 Design

Zur Beantwortung der Forschungsfrage „Welche präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen gibt es bei Depression durch die Pflege?“ ist ein Literaturreview, auch Literaturübersicht, gewählt worden. Ein Literaturreview ist eine kritische Zusammenfassung aktueller Literatur zu einem bestimmten Thema, um ein Forschungsproblem in den Kontext zu stellen (Polit and Beck, 2017).

2.2 Suchstrategie

Es wurde eine Literaturrecherche im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2019 durchgeführt. Dafür wurden die Datenbanken PubMed (Public Medicine) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) durchsucht. Zusätzlich wurde eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt. Da es sich um englischsprachige Datenbanken handelt, wurden die verwendeten Schlüsselwörter, auch Keywords, übersetzt. Es wurde mit folgenden Keywords gesucht: „health promotion“, „prevention“, „depression“ und „nurse“. Um eine möglichst breite Reichweite zu erlangen, wurden Synonyme kreiert. Diese waren: „health education“, „educating in health“, „promotion of health“, „promoting health“, „nursing“, „health care professional“, „careprovider“ und „caregiver“.

Die Begriffe wurden mithilfe der Booleschen Operatoren „OR“ und „AND“ verbunden. Ein Boolescher Operator ist eine Funktion, welche viele Datenbanken anbieten, um eine Suche einzugrenzen oder zu erweitern (Polit and Beck, 2017). Zusätzlich wurden eine Trunkierung (*) und Anführungszeichen (") verwendet. Eine Trunkierung dient ebenfalls der Erweiterung einer Suche in einer Datenbank, meist um einen Wortstamm in all seinen weiteren Formen zu suchen. Anführungszeichen wiederum helfen bei der Literatursuche, um sicherzustellen, dass ein Begriff, welcher aus zwei Wörtern besteht, nur in dieser Kombination gesucht wird (Polit and Beck, 2017). Mithilfe dieser Mittel entstand schlussendlich die Suchstrategie, welche in Tabelle 1 zu finden ist. Um die Suche auf relevante Treffer einzugrenzen, wurden Limitationen in Form von Filter gesetzt, diese waren je nach Datenbank unterschiedlich.

Verwendete Limitationen waren:

- Dezember 2009- Dezember 2019 oder „10 years“
- Title und/oder Abstract
- Humans
- Englisch und Deutsch

Tabelle 1: Datenbanksuche

Datenbank	Suchstrategie
PubMed	((depress*[Title/Abstract]) AND (((("health promotion"[Title/Abstract]) OR "promotion of health"[Title/Abstract]) OR prevent*[Title/Abstract])) AND (((nurs*[Title/Abstract]) OR careprovider[Title/Abstract]) OR "health care professional"[Title/Abstract]) OR caregiver[Title/Abstract])
CINAHL	(TI (health promotion or health education or promoting health or educating in health) OR TI (prevent or prevention or preventing)) AND (TI depression or depressive or depressed) AND (AB (nurse or nursing or healthcare professional) OR AB care provider OR AB caregiver)

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden alle Studien, welche pflegerische Maßnahmen zur Prävention und/oder Gesundheitsförderung bei Depression in allen Settings aufzeigten. Studien, welche sich mit der Gesundheitsförderung und/oder Prävention bei Depression befassten, jedoch keinen Pflegebezug aufwiesen, wurden ausgeschlossen. Inkludiert wurden nur Studien, welche ab 2009 bis zum Zeitpunkt der Literatursuche publiziert worden sind und in deutscher oder englischer Sprache verfasst worden sind. Außerdem wurden nur Studien eingeschlossen, bei denen die TeilnehmerInnen ein Alter von über 18 Jahren aufwiesen. Da durch die vorliegende Suchstrategie auch viele Studien zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention bei Depression von Pflegepersonen aufschienen, wurden diese ausgeschlossen. Einige der Ein- und Ausschlusskriterien konnten im Rahmen von Filtern (Limitationen) direkt in der Datenbank angewendet werden.

2.4 Auswahl der Studien

Unter der Verwendung der in Tabelle 1 dargestellten Suchstrategie wurden insgesamt 723 Ergebnisse gefunden. Diese wurden direkt in der Datenbank einem Titelscreening unterzogen. Ein großer Anteil an Studien wurde bereits hierbei ausgeschlossen, da sie nicht den Einschlusskriterien entsprachen. Studien, welche vorerst eingeschlossen wurden, sind in das Literaturverwaltungsprogramm „EndNote X9“ importiert worden. Anschließend wurden Duplikate entfernt. Im Folgenden wurde ein Abstractscreening durchgeführt, um eine bessere Vorstellung über die Inhalte der Studien zu bekommen. Auch hier wurden wieder viele Studien exkludiert. Schlussendlich wurde ein Volltextscreening durchgeführt, um sicherzugehen, dass die einzelne Studie für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet ist. Bei 18 Studien, deren Volltext nicht auffindbar war, wurde die/der AutorIn kontaktiert, wobei infolgedessen zehn AutorInnen ihre Studien zur Verfügung stellten. Insgesamt sind zwölf Studien ausgewählt worden, welche einer kritischen Bewertung unterzogen wurden. Der genaue Verlauf der Auswahl ist der Abbildung 1 zu entnehmen.

2.4.1 Kritische Bewertung

Die kritische Bewertung der Studien erfolgte mit dem „Mixed Methods Appraisal Tool“ (MMAT), Version 2018 von Hong et al. Das Instrument hilft bei der Bewertung der methodischen Qualität von fünf Studienarten: qualitative Studien, randomisierte kontrollierte Studien, nicht-randomisierte Studien, quantitativ-deskriptive Studien und Mixed-Methods-Studien. Die kritische Bewertung umfasst zwei Teile. Der erste Teil ist eine Checkliste, bestehend aus zwei Fragen, um sicherzustellen, ob das MMAT geeignet ist für die zu bewertende Studie. Diese Fragen lauten: „Gibt es klare Forschungsfragen?“ und „Kann mit den gesammelten Daten die Forschungsfrage beantwortet werden?“. Werden diese Fragen mit „Nein“ beantwortet, ist die Bewertung möglicherweise nicht geeignet für die Studie. Nach positiver Beantwortung dieser Fragen, muss unterschieden werden, zu welcher Studienart die betroffene Studie zählt. Dazu bietet Hong et al in Teil 2 des MMAT eine Beschreibung der fünf Kategorien, die man zur Unterstützung bei der Zuordnung verwenden kann. Die weiteren Fragen in Teil 1 sind daraufhin unterschiedlich je nach Studienart und können mit „Yes“, „No“ oder „Can’t tell“ beantwortet werden (Hong et al., 2018). Die kritische Bewertung der Studien ist im Anhang zu finden.

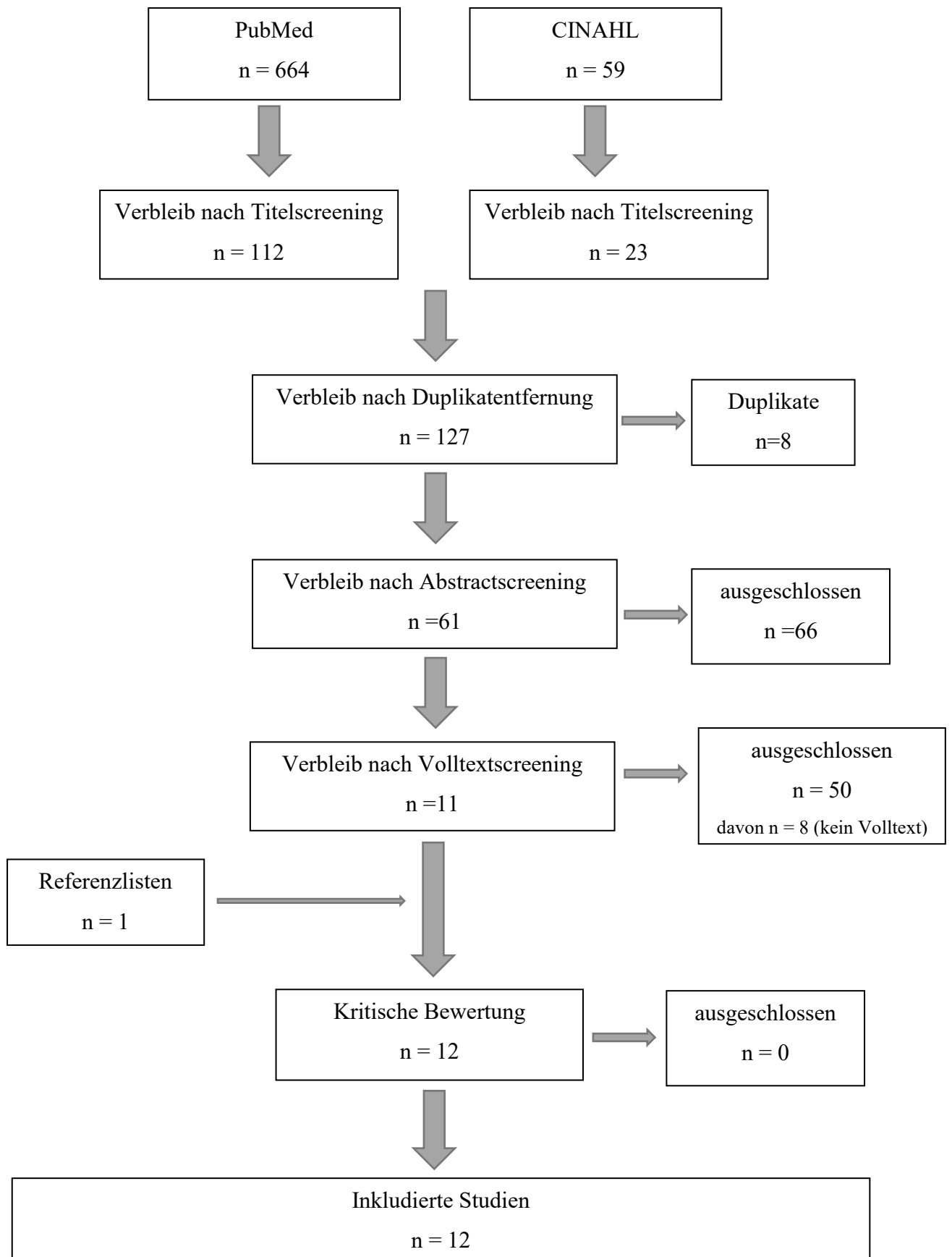


Abbildung 1:Flowchart

3 Ergebnisse

Die zwölf eingeschlossenen Studien wurden in drei übergeordnete Themen kategorisiert, um die Ergebnisse besser veranschaulichen zu können. Diese drei Kategorien sind Beratung und Edukation, Körperliche Aktivität sowie Erfahrungen der Pflege. Bei ersterem Thema wurde eine zusätzliche Subgruppe, Problemlösungsorientierter Ansatz, erstellt.

3.1 Charakteristika der Studien

Folgende Tabelle weist eine kurze Zusammenfassung der zwölf eingeschlossenen Studien auf. Sieben sind quantitative Studien, zwei qualitative Studien und drei Mixed-Methods-Studien. Sechs der Studien wurden in europäischen Ländern durchgeführt (Großbritannien, Deutschland, Tschechien, Niederlande, Schweden, Finnland), zwei in Asien (Südkorea, Türkei), eine in Neuseeland und drei in Nordamerika, wobei zwei in den USA und eine in Kanada stattfanden.

Tabelle 2: Charakteristika der Studien

Titel, Autor, Jahr, Land	Forschungsziel	Forschungsdesign	Stichprobe, Setting	Intervention	Ergebnisse
Prevention of mood disorder after stroke: a randomised controlled trial of problem solving therapy versus volunteer support Hill et al. (2019)	Evaluierung der Effektivität einer kurzen psychologischen Behandlung in Form einer problemlösungsorientierten Therapie, um das Auftreten	Quantitative Studie Randomisiert kontrollierte Studie (RCT): dreiarstig, parallel Pretest-posttest Design	450 PatientInnen (> 18 Jahre), welche einen Schlaganfall erlitten haben und in den Spitälern in Leeds oder Bradford behandelt wurden.	Interventionsgruppe: Problemlösungsorientierte Therapie mit sechs Sitzungen innerhalb eines halben Jahres. 2 Vergleichsgruppen: Standardbehandlung und un-	Die TeilnehmerInnen der problemlösungsorientierten Therapie wiesen bessere Werte bei den psychischen Erhebungsmethoden auf, jedoch ohne statistische Signifikanz.

Großbritannien	von affektive Störungen 12 Monate nach einem Schlaganfall zu reduzieren.		Im Zuhause der PatientInnen	spezifische Unterstützung durch Freiwillige	
An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms	Untersuchung der Durchführbarkeit und Akzeptanz einer sechswöchigen interprofessionellen, durch diplomiertes Pflegepersonal geleiteten, gesundheitsförderlichen Intervention für die psychische Gesundheit und deren Auswirkung auf depressive Symptome von älteren KlientInnen der häuslichen Pflege.	Mixed-Methods-Studie Quantitativer Teil: Prospektive Studie, einarmig mit Pretest-posttest Design Qualitativer Teil: interpretatives beschreibendes Design	142 LangzeitpatientInnen der häuslichen Pflege (>70 Jahre) Im Zuhause der PatientInnen	Ein halbes Jahr lang Durchführung einer monatliche Intervention, um depressive Tendenzen aufzuzeigen, zu bewältigen und zu reduzieren.	Die Intervention zeigte bis auf wenige Ausnahmen großen Zuspruch bei KlientInnen und LeiterInnen der Intervention. Die Intervention zeigte sowohl nach 6 (p=0,004), als auch nach 12 Monaten (p=0,003) eine statistisch signifikante Reduktion depressiver Symptome.
Markle-Reid et al. (2014)					
Kanada					
Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach	Untersuchung der Effektivität eines Interventionsprogrammes zur körperlichen Aktivität und die Auswirkung auf depressive Symptome der PflegeheimbewohnerInnen.	Quantitative Studie: Längsschnittstudie, Pretest-posttest-Design	163 PflegeheimbewohnerInnen (zw. 53 und 100 Jahre) Zwei Pflegeheime in Heidelberg	Interventionsgruppe: 12-wöchiges Programm mit körperlicher Aktivität und nachfolgender Implementierung im Pflegeheim Kontrollgruppe: Keine speziellen körperlichen Aktivierungsmaßnahmen	Die depressiven Symptome in der Interventionsgruppe sanken mit einem statistisch signifikanten Wert (p < 0,05).
Diegelmann et al. (2017)					
Deutschland					

The Effect of Dance on Depressive Symptoms in Nursing Home Residents	Evaluierung des Effekts einer Tanzintervention auf depressive Symptome bei älteren BewohnerInnen einer Langzeitpflegeeinrichtung	Quantitative Studie RCT Wait-list Design	162 PflegeheimbewohnerInnen (> 60 Jahre) Sieben Pflegeheime in Tschechien	Interventionsgruppe: Wöchentliche Tanzintervention über 3 Monate Kontrollgruppe: BewohnerInnen bekamen erst nach dem Studieneende Tanzinterventionen.	Die depressiven Symptome der TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe verbesserten sich statistisch signifikant (p=0,005) nach den Tanzstunden.
Vanková et al. (2014)	.				
Tschechien					
Effects of a nurse-coordinated prevention programme on health-related quality of life and depression in patients with an acute coronary syndrome: results from the RESPONSE randomised controlled trial	Untersuchung des Einflusses eines durch die Pflege geführten Präventionsprogrammes, welches zusätzlich zur Standardpflege bei einem akuten Koronarsyndrom eingesetzt wird und dessen Auswirkung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Depressivität der PatientInnen.	Quantitative Studie Multizentrierte RCT	754 PatientInnen (zw. 18 und 80 Jahre), welche aufgrund eines akuten Koronarsyndroms hospitalisiert wurden. 11 Krankenhäuser (Ambulanz)	Interventionsgruppe: Viermaliges Anwenden eines Präventionsprogrammes innerhalb 6 Monate inklusive der üblichen Betreuung Kontrollgruppe: Übliche Betreuung	Die Lebensqualität stieg und die Depressivität sank in beiden Gruppen. Der Unterschied von der Kontrollgruppe zur Interventionsgruppe ist jedoch statistisch signifikant (p=0,03).
Jørstad et al. (2016)					
Niederlande					
Group discussions with structured reminiscence and a problem-based method as an intervention to prevent depressive symptoms in older people	Evaluierung des Effekts von Gruppendiskussionen unter Verwendung von strukturierter Reminiszenz und problembasierter Methodik und deren	Mixed-Methods-Studie Quantitativer Teil: Quasi-experimentelle Studie einarmig mit Pretest-posttest-Design	18 PensionistInnen (zw. 55 und 80 Jahre), welche zwischen 7-10 Punkte auf der HADS-D erreichten Gemeinschaftszentrum in Schweden	10 Gruppensitzungen, welche wöchentlich für 2 Stunden stattfanden	Die depressiven Symptome verringerten sich mit einer statistischen Signifikanz direkt nach der Intervention (p=0,035), jedoch ergab sich nach 12

Djukanović et al. (2016)	Auswirkung auf depressive Symptome, Lebensqualität und selbsteingeschätzte Gesundheit bei älteren Menschen.	Qualitativer Teil: Interpretatives beschreibendes Design			Monaten keine statistische Signifikanz.
Schweden					Die TeilnehmerInnen konnten viele positive Aspekte aus der Intervention ziehen.
Long-term Outcomes of a Randomized Trial of Integrated Skills Training and Preventive Health Care for Older Adults with Serious Mental Illness	Evaluierung des HOPES-Programmes auf langfristige Verbesserung der psychosozialen Funktionen bei Menschen mit ernsthaften psychischen Erkrankungen nach zusätzlicher Anwendung von Auffrischungssitzungen.	Quantitative Studie: RCT	183 Personen (> 50 Jahre), welche an einer psychischen Erkrankung litten und in einer Wohngemeinschaft lebten	Interventionsgruppe: 1 Jahr lang wöchentliches Training sozialer Kompetenzen. Danach ein weiteres Jahr Durchführung einer Aufrechterhaltungsphase mit monatlichen Auffrischungssitzungen.	Bei den TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe zeigte sich ein Trend zu geringeren depressiven Symptomen im Vergleich zu der Kontrollgruppe. Nach 3 Jahren konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe jedoch keine statistische Signifikanz erkannt werden.
Bartels et al. (2014)			Psychiatrische Gesundheitszentren und Seniorenwohngemeinschaften	Kontrollgruppe: Übliche Betreuung	
USA					
Wheel of Wellness Counseling in Community Dwelling, Korean Elders: A Randomized, Controlled Trial	Untersuchung des Effekts einer "Wheel of Wellness"-Beratung in Bezug auf Lebensstil, Depression und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei selbstständig wohnenden älteren Menschen.	Quantitative Studie: Parallele, offene RCT Pretest-posttest-Design	93 Personen (> 65 Jahre), welche in einer Wohngemeinschaft lebten	Interventionsgruppe: Vierwöchige Beratung (Wheel of Wellness), welche wöchentlich je 1 Stunde lang durchgeführt wurde.	Es ergab sich eine signifikante Besserung (p=0,011) der depressiven Symptome nach der Wheel of Wellness Beratung, sowie im Vergleich zur Kontrollgruppe (p=0,031).
Kwon (2015)			Seniorenzentrum	Kontrollgruppe: Keine Beratung	
Südkorea					
Evaluation of an education and follow-up	Erhebung der Erfahrungen, Probleme und der Notwendig-	Mixed Methods-Studie	54 PatientInnen (> 18 Jahre), welche einen implantierbaren	Interventionsgruppe: Zwei Beratungen: Zuerst als Aufklärung und einige	Die Depressivität beider Gruppen sank nach der Beratung,

programme for implantable cardioverter defibrillator implanted patients Cinar et al. (2013) Türkei	keit für Betreuung und Edukation von PatientInnen mit implantierbaren Kardioverter-Defibrillator und zur Evaluierung des Effekts eines Programmes zur Aufklärung und Nachsorge durch die Pflege und dessen Auswirkung auf Lebensqualität, Angst, Depression und Wissen der PatientInnen.	Quantitativer Teil: RCT Qualitativer Teil: Phänomenologie	Kardioverter-Defibrillator in der Kardiologischen Abteilung für Lehre und Forschung in der Türkei bekommen haben. Kardiologische Abteilung für Lehre und Forschung in der Türkei	Wochen später als Auffrischung/Nachsorge. Kontrollgruppe: Keine Beratung	wobei ein Vergleich zwischen den Gruppen keine statistische Signifikanz zeigte (p=0,111). Das Wissen der Interventionsgruppe verbesserte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe (p<0,001).
Depression Treatment for Impoverished Mothers by Point-of-Care Providers: A Randomized Controlled Trial Segre et al. (2014) USA	Evaluierung der Effektivität von „Listening Visits“, welche bei (aus ökonomischer Sicht) armen Müttern durchgeführt wurde.	Quantitative Studie Zweiarmige vierseitige RCT	60 Mütter mit niedrigem Einkommen Zuhause oder in einer Geburtsklinik	Interventionsgruppe: Listening Visits (LV): 6 Besuche in 8 Wochen (30-50min) Kontrollgruppe: Keine LVs während der Studie	Es ergab sich eine Verbesserung der Depressionshäufigkeit (p=0,008), sowie der depressiven Symptome (p=0,04) in der Interventionsgruppe.
Applicability of acceptance and commitment therapy-based mobile app in depression nursing Kaipainen et al. (2017)	Sammlung der Erfahrungen von PflegerInnen mit einer speziellen mobilen App als Selbstmanagement-Tool für die Verbesserung/Aufrechterhaltung psychischer Gesund-	Qualitative Studie Phänomenologie	15 PflegerInnen, welche eine Ausbildung zur Depression-Nurse-Specialist machten	5 Wochen nach einer Einführung in die mobile App wurden semistrukturierte Fokus-Gruppen-Interviews durchgeführt.	Die App fand großen Zuspruch bei den PartizipantInnen, es gab jedoch auch einige negative Aspekte (Zuspruch eher bei Jüngeren, Anwendbarkeit eher nur bei milden Symptomen,

Finland	heit und um zu verstehen, wie diese App aus der Sicht der Pflege als Instrument bei Depression und anderen psychischen Erkrankungen verwendet werden könnte.				Motivationsprobleme der PatientInnen bei alleiniger Verwendung, keine Ultima Ratio). Insgesamt würden 13 von 15 TeilnehmerInnen die App in der Betreuung ihrer PatientInnen einsetzen.
A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions	Sammlung der Erfahrungen von Pflegekräften im Umgang mit Depressionen bei älteren PatientInnen im Zusammenhang mit der Erkennung der Krankheit und Strategien, um die Betroffenen zu unterstützen.	Qualitative Studie Grounded Theory	40 Pflegekräfte aus Neuseeland Telefoninterviews	In-Depth-Interviews per Telefon	Die TeilnehmerInnen nannten fünf Punkte, welche wichtig sind, um Depressivität erkennen zu können: Aufmerksam sein, den PatientInnen kennen, Fragen stellen, Möglichkeiten anbieten und Zuhören.
Waterworth et al. (2015)					
Neuseeland					

3.2 Beratung und Edukation

Das Ziel der randomisierten kontrollierten Studie von Kwon (2015) war es, den Effekt einer „Wheel of Wellness“-Beratung zu untersuchen, welche bei in einer Wohngemeinschaft lebenden Personen (über 65 Jahre) aus Südkorea angewandt wurde. Das „Wheel of Wellness“-Modell entstand am Beginn der 1990er Jahre. Es sollte ergänzend zur bestehenden krankheitsbasierten Medizin dienen. In dieser Studie wurde wöchentlich über die Dauer von einem Monat eine Beratung, welche von Pflegepersonen durchgeführt wurde, angewendet. Als Hauptthematik wurden multidimensionale Probleme des persönlichen Wohlbefindens behandelt. Mithilfe der gemeinsamen Festlegung von Zielen und Maßnahmen sollte dies zu einer Verbesserung von Lebensstil, Depression und Lebensqualität führen. 93 TeilnehmerInnen wurden in eine Kontroll- und Interventionsgruppe randomisiert. Um das Forschungsziel zu beantworten, wurde mithilfe verschiedener Instrumente gearbeitet, wobei für diese Arbeit die „Patient health questionnaire 9 Korean version“ (PHQ-9K) von Bedeutung ist. Dieser auf Reliabilität geprüfte Fragenkatalog misst die depressiven Symptome der TeilnehmerInnen. Der Begriff Reliabilität bedeutet Zuverlässigkeit und ist ein Gütekriterium für die Messgenauigkeit eines Tests (Pschyrembel, 2020b). Die Ergebnisse zeigten statistisch signifikante Verbesserungen der depressiven Symptome in der Interventionsgruppe ($p=0,011$), ein ebenso wesentliches Ergebnis konnte nach dem Vergleich mit der Kontrollgruppe ($p=0,031$) erkannt werden (Kwon, 2015).

Cinar et al. (2013) befassten sich in ihrer Mixed-Methods-Studie mit den Erfahrungen und den Problemen von PatientInnen mit implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (ICD) und der Notwendigkeit von mehr Betreuung und Edukation. Außerdem wurde ein durch die Pflege durchgeführtes Aufklärungs- und Nachsorgeprogramm evaluiert und dessen Effekt auf Lebensqualität, Ängste, Depression und Wissen zum ICD der PatientInnen erhoben. Die Intervention bestand aus einem Beratungsmodell, welches zweimal durchgeführt wurde, einmal in Form einer Aufklärung und einmal als Nachsorgeprogramm. Vielerlei Themen standen im Fokus: Grundsätzliche Informationen zu einem ICD, Informationen zum Umgang mit einem entladenen ICD, Vorsichtsmaßnahmen, Beratung zur Lebensumstellung, Informationen für Angehörige, Nachsorgetreffen und Ermutigung. Eine Kontrollgruppe diente zum Vergleich. Der qualitative Ansatz der Studie konzentrierte sich auf die Erfahrungen der PatientInnen, welche mithilfe eines semi-strukturierten In-Depth-

Interviews erhoben wurden. Der quantitative Ansatz hatte zum Ziel, mithilfe eines von den ForscherInnen entwickelten Formulars, das Wissen der PatientInnen zu erheben. Dieses Hilfsmittel wurde mit einem „Cronbach’schen Alpha Wert“ von 0,08 als reliabel gekennzeichnet. Dieser Wert ist ein weit verbreiteter Index, um die interne Konsistenz eines psychometrischen Instruments zu testen (Polit and Beck, 2017). Weiters wurden depressive Symptome durch das Selbsteinschätzungsinstrument „Beck Depression Inventory“ (BDI-II) erforscht, welches ebenfalls als reliabel gilt. Andere Daten wurden im Hinblick auf Angst und den körperlichen Gesundheitsstatus erhoben, diese wurden jedoch nicht für dieses Review miteinbezogen. Die Interviews ergaben, dass die meisten TeilnehmerInnen die Sinnhaftigkeit des ICD verstanden und zufrieden waren. „[...] the majority of experimental group patients believed that the ICD prevented death and helped their heart function.“ Jedoch erfuhren einige PatientInnen auch vermehrt Stress aufgrund des ICD. Hauptsächlich PartizipantInnen, welche einen Schock durch den Defibrillator erhalten haben, beschrieben Einschränkungen in ihrem Leben, da sie viele Aktivitäten vermieden, welche einen erneuten Schock hervorrufen könnten. Viele gaben Einschnitte in ihrem sozialen Leben, Schlafprobleme und ein Wissensdefizit an. Die TeilnehmerInnen aller Gruppen wiesen nach der Intervention mehr Wissen auf, jedoch war der Wissensgrad in der Interventionsgruppe statistisch signifikant höher ($p < 0,001$). Die Depressivität sank in beiden Gruppen, jedoch wies die Interventionsgruppe nach einem Vorher-Nachher-Vergleich eine statistisch signifikante Verbesserung auf ($p = 0,035$) - die Punkte der BDI-II sanken von 14 auf 11. Die Kontrollgruppe wies nach dem Vorher-Nachher-Vergleich keine statistische Signifikanz auf - die Punkte sanken von 14 auf 13. Bei einem direkten Vergleich der Endergebnisse (zwischen den 11 Punkte der Interventionsgruppe und den 13 Punkte der Kontrollgruppe) konnte keine statistische Signifikanz erreicht werden ($p = 0,111$) (Cinar et al., 2013).

In der randomisierten kontrollierten Studie von Jørstad et al. (2016) wurde der Einfluss eines praktischen und krankenhausbasierten Präventionsprogrammes, koordiniert durch die Pflege, untersucht, welches zusätzlich zur üblichen Betreuung von PatientInnen mit einem akuten Koronarsyndrom angewendet wurde. Die Studie wurde in elf Krankenhäusern durchgeführt. Randomisiert wurde jeweils in Interventions- und Kontrollgruppe. PartizipantInnen, welche am Präventionsprogramm teilnahmen, wurden viermal innerhalb eines halben Jahres zu einem Ambulanzbesuch mit einer kardiologischen Pflegeperson geladen. Der Fokus des Präventionsprogrammes lag auf drei Hauptthemen: Gesunder Lebensstil, biometrische Risikofaktoren und Einhaltung der Medikation. Die diplomierte

Gesundheits- und Krankenpflegeperson beriet individuell, gab Empfehlungen und führte Schulungen durch. Neben der Erhebung der Lebensqualität wurden die PatientInnen vor der Intervention als auch direkt nach der Maßnahme und nochmals sechs Monate später auf Depressivität gescreent. Für das Assessment dieser Symptome wurde die „Beck Depression Inventory“ (BDI) herangezogen, welche sowohl valide als auch reliabel ist. Wird ein Instrument als valide gekennzeichnet, ist dies, wie die Reliabilität, ein Testgütekriterium. Validität bedeutet Gültigkeit und beschreibt, wie gut ein bestimmter Test die zu testenden Sachverhalte abbildet (Pschyrembel, 2020c). Von 754 randomisierten PatientInnen konnten schlussendlich von 615 TeilnehmerInnen die Daten ausgewertet werden. Wiederum von diesen 615 PartizipantInnen wurden 120 PatientInnen auf Depressivität gescreent. Beide Gruppen wiesen nach zwölf Monaten einen Anstieg der Lebensqualität und einen Rückgang der Depressivität auf, jedoch war jeweils der Unterschied von der Interventionsgruppe zur Kontrollgruppe von statistischer Signifikanz ($p=0,03$) (Jørstad et al., 2016).

Bartels et al. (2014) untersuchten in ihrer randomisierten kontrollierten Studie den Effekt des HOPES-Programmes (Helping Older People Experience Success). Demnach erwarteten die ForscherInnen eine langfristige (bis drei Jahre nach der Studie) Verbesserung der psychosozialen Funktionen von PatientInnen mit einer ernsthaften psychischen Erkrankung. Das HOPES-Programm verband psychosoziale und präventive Gesundheitsvorsorge mithilfe eines wöchentlichen Trainings sozialer Fähigkeiten (Kommunikation, Freundschaften, Freizeit, gesunder Lebensstil, Medikamentenmanagement, effektive Nutzung von Gesundheitsdiensten). Diese Intervention wurde ein Jahr lang durchgeführt. Darauf folgend wurde eine Auffrischungsphase gestartet, welche sich ebenfalls über zwölf Monate streckte, aber nur mehr monatlich angewendet wurde. Die Durchführung von HOPES wurde von speziell trainierten Personen übernommen, welche eng mit einer zuständigen psychiatrischen Pflegekraft zusammenarbeiteten. Mithilfe der Pflege wurden Evaluierungen durchgeführt (präventives Screening, Pflegeplanung, Koordination) und neue Ziele gesetzt. Es wurden verschiedenste Instrumente verwendet, um die sozialen Fähigkeiten zu werten - für diese Arbeit von Bedeutung waren die Erhebung der „Brief Psychiatric Rating“-Skala (BPRS) und der „Scale for the Assessment of Negative Symptoms“ (SANS), welche psychische Symptome messen. Außerdem wurden mithilfe der „Center for Epidemiologic Studies Depression“-Skala (CES-D) depressive Veränderungen erhoben. 183 in einer Wohngemeinschaft lebende Menschen (über 50 Jahre) wurden in Interventions- und Kontrollgruppe randomisiert, davon konnten 129 PartizipantInnen nach drei Jahren

analysiert werden. In der Interventionsgruppe zeigte sich ein Rückgang aller psychiatrischen Symptome der TeilnehmerInnen direkt nach der Intervention und auch nach der Auffrischungsphase, jedoch konnte nach drei Jahren kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen erkannt werden.

3.2.1 Problemlösungsorientierter Ansatz

Die Problembasierte Methodik kommt ursprünglich aus der Pädagogik. Das Ziel ist, Menschen zu ermutigen, Fähigkeiten, Wissen und eine positive Einstellung gegenüber sich selbst zu entwickeln. Der Ablauf ist strukturiert und prozessorientiert. Die Wichtigkeit dieses Prozesses ist die Veränderung, welche mithilfe von Zielsetzungen überprüft werden kann (Djukanović et al., 2016).

Hill et al. (2019) evaluierten in ihrer randomisierten kontrollierten Studie die Effektivität einer kurzen psychologischen Behandlung in Form einer problemlösungsorientierten Therapie, um affektive Störungen wie Depressionen zwölf Monate nach einem Insult zu reduzieren. Die Therapie wurde von einer/m auf psychiatrische Erkrankungen spezialisierten diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn durchgeführt. Um der Forschungsfrage nachzugehen, wurden neben der bereits genannten Interventionsgruppe zwei Vergleichsgruppen verwendet. Wobei eine dieser Gruppen die Standardbehandlung bekam, während die andere unspezifische Unterstützung durch Freiwillige erhielt. PatientInnen aus zwei Krankenhäusern in Großbritannien, welche einen Schlaganfall innerhalb des letzten Monats erlitten haben, lokale Einwohner waren und schriftliches Einverständnis geben konnten, wurden eingeschlossen, somit konnten schlussendlich 450 TeilnehmerInnen randomisiert und in die drei Gruppen eingeteilt werden. Menschen, mit einer beeinträchtigten Sprache, welche in einem schlechten Gesundheitszustand waren oder in einem Pflegeheim wohnten wurden ausgeschlossen. Die problemlösungsorientierte Therapie wurde im Zuhause der PatientInnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durchgeführt. Das Ziel der Intervention war, die Fähigkeiten zur Problemlösung zu verbessern und die Bewältigungsstrategien der PatientInnen zu stärken. Verbesserungen dieser Fähigkeiten sollten in reduziertem psychologischen Stress und verminderter Depression resultieren. Die Therapie bestand aus insgesamt sechs Sitzungen zu je sechs Stunden mit zweiwöchiger Pause. Die Hauptthemen der Sitzungen umfassten das Erkennen von diversen Problematiken, das Aufarbeiten von Wissenslücken bezüglich des

Schlaganfalls und das Erkennen von externen Ressourcen und persönlicher Bewältigungsstrategien. Die Auswirkung der Intervention wurde nach sechs Monaten und nach zwölf Monaten mit verschiedenen Instrumenten erhoben. Ausschlaggebend für die Erhebung von psychischen Veränderungen waren die „Present State Examination“ (PSE), ein Interview, welches mit einem Ergebnis von über fünf Punkten auf eine mögliche psychische Erkrankung hinweist, und das „General Health Questionnaire“ (GHQ-28), welches psychologische Belastungen misst (Je größer der Wert, desto mehr Belastung). Insgesamt konnten von 364 TeilnehmerInnen die Daten analysiert werden. Diese durchliefen sowohl die Intervention als auch beide Erhebungen nach sechs und zwölf Monaten. Die PartizipantInnen der Interventionsgruppe wiesen nach sechs sowie nach zwölf Monaten einen niedrigeren GHQ-Wert auf, im Gegensatz zu den beiden Vergleichsgruppen. Dieses Ergebnis war jedoch statistisch nicht signifikant. Außerdem konnte durch die PSE erwiesen werden, dass die Interventionsgruppe niedrigere Grade der Major Depression aufwies, doch auch hier konnte zu beiden Messzeitpunkten keine statistische Signifikanz erkannt werden.

Djukanović et al. (2016) beschäftigten sich in ihrer Mixed-Methods-Studie mit problembasierter Methodik und mit strukturierter Reminiszenz als Intervention zur Prävention von depressiven Symptomen bei älteren PatientInnen, welche zwischen 55 und 80 Jahre alt waren. In dieser Studie wurde der Begriff Reminiszenz von Butler (1963) definiert. Dieser beschrieb ihn als die Fähigkeit, sich an Vergangenes zu erinnern. Als strukturierte Reminiszenz wird eine Erinnerung zielgerichtet hervorgerufen, um Menschen zu helfen, Lücken des späteren Lebens zu füllen (Butler, 1963).

Nach der Intervention wurde außerdem eine qualitative Evaluierung durchgeführt. 18 TeilnehmerInnen aus einer schwedischen Gemeinde wurden in die Studie eingeschlossen. Die wöchentliche zweistündige Intervention bestand aus insgesamt zehn Gruppensitzungen. Die Durchführung wurde von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson übernommen. Ziel war es, Erinnerungen zu wecken, Erfahrungen auszutauschen und durch Dialoge und Interaktionen depressive Symptome vorzubeugen. Es wurden verschiedenste Themen bearbeitet, unter anderem wurden Diskussionen und Erinnerungen mithilfe von alten Zeitungsausschnitten, persönlichen Fotos, Schul- und Jugenderinnerungen sowie Erinnerungen des Erwachsenseins angeregt. Außerdem wurde eine Zielsetzung unter Anwendung der problembasierten Methodik durchgeführt, um auch in der Gegenwart positive Veränderungen zu schaffen. Um die Depressivität zu erheben, wurde eine Selbsteinschätzungsskala (HADS-D) verwendet, deren Verlässlichkeit beschrieben ist.

Zusätzlich wurden in dieser Studie weitere Daten zur Angst, zur Lebensqualität und zur selbstbezogenen Gesundheit gemessen, welche in dieser Arbeit jedoch nicht genauer erläutert werden. Eine statistisch signifikante Verbesserung der depressiven Symptome direkt nach der Intervention im Vergleich zur Ersterhebung ($p=0,035$) konnte gemessen werden. Zwölf Monate nach der Maßnahme wurden die Daten erneut erhoben und auch hier zeigten sich niedrigere Werte der Depressivität im Vergleich zur Ersterhebung, jedoch sind diese Werte statistisch nicht signifikant ($p=0,328$). Bei der qualitativen Evaluierung nannten die TeilnehmerInnen viele positive Aspekte in Bezug auf die Intervention. Die ForscherInnen teilten die erhobenen Informationen in vier Gruppen (Djukanović et al., 2016):

- Involvierung und neue Erkenntnisse
- Etwas zu haben, auf das man sich freuen kann
- Das Gefühl für soziales Miteinander
- Selbstvertrauen

Zusammenfassend genossen die PartizipantInnen die Sitzungen und konnten positive Aspekte für sich daraus ziehen. „I have started to reflect over what kind of person I really am.“ Die TeilnehmerInnen freuten sich auf weitere Treffen: „I have practically begun to long for the meetings.“ Weiters wurde die Intervention als hilfreich erachtet, um wieder besser soziale Kontakte knüpfen zu können, da viele der PartizipantInnen mit zunehmendem Alter Schwierigkeiten dabei hatten. „It is harder to connect with new people when you are older.“ Grundsätzlich wurde auch von gestärktem Selbstvertrauen durch die Gruppensitzungen berichtet. „I have been reawakened and want to do things (Djukanović et al., 2016).“

In der randomisierten Studie von Segre et al. (2014) wurde der Effekt von „Listening Visits“ (LV) bei (aus ökonomischer Sicht) verarmten Müttern evaluiert. Es gab jeweils eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe. Die Maßnahmen fanden entweder in dem Zuhause der Teilnehmerinnen oder in einer Geburtsklinik statt. Die AnbieterInnen dieser Intervention waren interprofessionell, unter ihnen befand sich auch die Profession der Pflege. Die Maßnahme bestand aus sechs Besuchen innerhalb acht Wochen und beinhaltete zwei Schlüsselziele (Segre et al., 2014):

- Empathisches Zuhören, um ein Verständnis für die Situation der Teilnehmerinnen zu bekommen
- Gemeinsames Problemlösen, um verschiedene Lösungswege zu generieren

Die finale Samplegröße bestand aus 60 Teilnehmerinnen. Die Messung der Depressivität wurde mit drei verschiedenen Skalen durchgeführt. Für die Häufigkeit der Depressivität wurde die Hamilton Rating Skala für Depression (HRSD) herangezogen, welche als valide gilt. Um depressive Symptome zu messen, wurden einerseits eine Selbsteinschätzungsskala (EPDS) und andererseits „The Inventory of Depression and Anxiety Symptoms General Depression“-Skala (IDAS-GD) verwendet. Alle Instrumente galten zum Zeitpunkt der Erfassung als reliabel. Die Ergebnisse zeigten statistisch signifikante Verbesserungen der Häufigkeit der Depressivität ($p=0,008$) und der depressiven Symptomatik ($p=0,04$). Keine statistische Signifikanz konnte bei der EPDS erkannt werden. Neben den Messungen der Depressivität wurde auch die Lebensqualität mithilfe des validen „Quality of Life, Enjoyment, and Satisfaction Questionnaire“ (Q-LES-Q) erhoben. Auch hier ergab sich eine statistisch signifikante ($p=0,015$) Besserung der Interventionsgruppe (Segre et al., 2014).

Markle-Reid et al. (2014) evaluierten in ihrer Mixed-Methods-Studie die Durchführbarkeit und Akzeptanz eines sechsmonatigen, interprofessionellen Gesundheitsförderungsprogramms, welches durch diplomiertes Pflegepersonal geleitet wurde und gingen der Frage nach, ob diese Intervention depressive Symptome bei älteren PatientInnen (über 70 Jahre) in der häuslichen Pflege reduzieren konnte. Die TeilnehmerInnen wurden ein halbes Jahr lang jeden Monat von einer/m diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn oder einer/m persönlichen BetreuerIn besucht. Diese Intervention umfasste das Screening und Assessment von Symptomen und Risikofaktoren der Depression mithilfe validierter Instrumente, Skalen und Protokolle. Ein besonderes Augenmerk wurde auf das richtige Medikamentenmanagement gelegt. Zusätzlich wurde eine umfangreiche Edukation hinsichtlich der Erkrankung Depression für alle Beteiligten (KlientIn, FamilienbetreuerIn) unter Verwendung von gedruckten Lernmaterialien angeboten. Weiters wurde den TeilnehmerInnen mithilfe einer problemlösungsorientierten Therapie geholfen, ihre Stärken und Schwächen zu erkennen. Ein weiterer Fokus der Intervention lag auf der Motivation zur körperlichen und sozialen Aktivierung (Ermutigung zur Teilnahme an physischen Betätigungsprogrammen). Als weiterer Schwerpunkt galt auch die Integration der Depressionsbehandlung in laufende andere Behandlungen für chronische Erkrankungen.

Generell wurde den PartizipantInnen und weiteren Beteiligten intensive Unterstützung geboten. Ziel dieser umfassenden Depression-Management-Strategie war es, depressive Symptome zu erkennen, zu bewältigen und zu reduzieren. Der quantitative Teil der Studie zeigte den Effekt der Intervention, während der qualitative Bereich mithilfe von semi-strukturierten Interviews und Fokusgruppeninterviews die Akzeptanz der Maßnahmen unter PartizipantInnen, PflegerInnen und BetreuerInnen beschrieb. Mithilfe des „Centre for Epidemiological Studies in Depression“-Wertes (CES-D) wurde die Veränderung der depressiven Symptomatik erhoben. 142 TeilnehmerInnen aus Kanada nahmen an der Studie teil, wobei von 98 die Daten direkt nach der Intervention (nach sechs Monaten) erhoben werden konnten. Von 80 PartizipantInnen konnten die Daten nach zwölf Monaten erneut erhoben werden. Die qualitative Datenerhebung ergab eine sehr gute Akzeptanz der Intervention und die TeilnehmerInnen nannten viele positive Aspekte, welche sie durch die Maßnahme erfahren konnten. „[...] the nurse-led intervention was credited with other benefits, such as instilling hope, and increasing clients' mobility, function, confidence levels, and ability to live independently.“ Außerdem wurde verbessertes Wissen bezüglich Depression wie z.B.: bei Medikamentenmanagement genannt. Nur einige wenige beschrieben negative Aspekte wie Stresserfahrungen aufgrund der Intervention oder Beschämung aufgrund der psychischen Erkrankung. Die Durchführenden selbst berichteten neben verschiedensten Vorteilen der Intervention für KlientInnen, AnbieterInnen und Organisation auch von Barrieren zur erfolgreichen Umsetzung der Depression-Management-Maßnahmen wie zum Beispiel das bereits genannte Stigma von psychischen Erkrankungen oder Kommunikationsschwierigkeiten und Wissenslücken bei den Durchführenden selbst. Im Rahmen der qualitativen Erhebung wurden auch Empfehlungen für Verbesserungen erhoben. „[...] there was a need for more home visits, more support for family caregivers, and improved communication[...].“ Der quantitative Forschungsanteil dieser Studie ergab eine statistisch signifikante Verringerung der depressiven Symptome bei der Messung direkt nach der Intervention ($p=0,004$), gefolgt von einer erneut gesteigerten Reduktion zwölf Monate nach dem Beginn der Intervention ($p=0,003$). Ein soziodemographischer Fragenkatalog ergab eine signifikante Steigerung des Wissens und des Selbstvertrauens der Pflegekräfte, ältere Menschen mit depressiven Symptomen zu betreuen. Neben der Depressivität wurden auch noch weitere Daten hinsichtlich Angst, Lebensqualität und Kosten für Gesundheitsdienstleister erhoben, auf welche in diesem Review jedoch nicht näher eingegangen wird.

3.3 Körperliche Aktivität

In der Longitudinalstudie von Diegelmann et al. (2017) wurde der Effekt eines körperlichen Beschäftigungsprogrammes im Pflegeheim und dessen Auswirkung auf depressive Symptome der BewohnerInnen untersucht. Die Intervention bestand aus einem zwölfwöchigen körperlichen Training, das nachfolgend im Pflegeheim implementiert und durch das Pflegepersonal weiterhin durchgeführt wurde. Die Maßnahme wurde allen BewohnerInnen in zwei Pflegeheimen in Heidelberg angeboten. 163 Personen, welche zwischen 53 und 100 Jahre alt waren, stimmten der Studienteilnahme zu, wobei 78 in der Interventionsgruppe waren. Es wurden verschiedene Subgruppen erstellt, um so möglichst Vielen eine Teilnahme zu ermöglichen. So gab es unter anderem Gruppen für TeilnehmerInnen, welche ohne Hilfe gehen konnten, aber auch eine andere Gruppe, in der die PartizipantInnen Unterstützung benötigten. Auch gab es eigene Gruppen für Personen, welche psychische Einschränkungen wie Demenz aufwiesen. Die hauptsächlich durchgeführten Übungen waren das statische/dynamische Balance- und Gangtraining sowie das funktionelle Krafttraining. Je nach Art der Gruppe wurde außerdem der Fokus auf soziale Aspekte gelegt oder kognitiv-motorisches Training, Übungen für die räumlich-zeitliche Orientierung, Übungen im Sitzen und Mobilisationstraining durchgeführt. Mithilfe der „German 12-item Geriatric Depression Scale-Residential“ (GDS-12R), welche als valide zu betrachten ist, wurden die depressiven Symptome erhoben. Die Interventionsgruppe zeigte sowohl sofort als auch drei Monate nach der Intervention weniger depressive Symptome als die Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,05$). Die weitere Analyse ergab, dass sich die Depressivität in der Interventionsgruppe jedoch eher stabilisierte als geringer wurde, da die Ergebnisse im Vergleich mit der Erhebung vor der Intervention in dieser Gruppe keine statistisch signifikante Veränderung aufwies ($p > 0,05$).

In der randomisierten kontrollierten Studie von Vanková et al. (2014) wurde der Effekt einer Tanzintervention, welche für den Langzeitpflegebereich entworfen worden ist, evaluiert, und deren Auswirkung auf die depressiven Symptome der BewohnerInnen von sieben Pflegeheimen in Tschechien untersucht. Von 216 TeilnehmerInnen konnten schlussendlich 162 in die Analyse eingeschlossen werden. Die Intervention wurde für drei Monate einmal pro Woche durchgeführt und bestand aus einer Aufwärmphase, einer Hauptphase mit verschiedenen Tanzarten und einer Beruhigungsphase mit diversen Relaxationstechniken.

Die dabei verwendete Musik sollte einen Rückerinnerungseffekt bei den BewohnerInnen hervorrufen. Mithilfe der reliablen Geriatrischen Depressionsskala (GDS-15) wurden die depressiven Symptome erhoben. Nach drei Monaten konnte in der Interventionsgruppe eine statistisch signifikante Besserung des GDS-Wertes erhoben werden ($p=0,005$), während sich die Symptomatik der TeilnehmerInnen in der Kontrollgruppe verschlechterte, wobei diese Werte statistisch nicht signifikant waren. Weiters wurde erhoben, dass die Besserung der Depressivität nicht mit der Einnahme von Antidepressiva zusammenhing ($p=0,744$), sondern rein mit der Tanzintervention ($p=0,001$). Es gab ebenfalls keinen statistisch signifikanten Unterschied zur Besserung der Symptome aufgrund der unterschiedlichen Pflegeheime ($p=0,612$), da diese Reduktion ebenfalls auf die Intervention ($p=0,001$) zurückzuführen war. In neun Fällen sank außerdem der GDS-Wert unter den Schwellenwert für eine depressive Symptomatik.

3.4 Erfahrungen der Pflege

Kaipainen et al. (2017) sammelten in ihrer qualitativen Studie Erfahrungen von PflegerInnen, welche eine spezielle Ausbildung als Depression-Nurse-Specialist (DNS) absolvierten und die mobile App „Oiva“ nutzten. Es wurde untersucht, ob diese App als Selbstmanagement-Tool zur Verbesserung oder Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit dienen und zur Betreuung bei Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen eingesetzt werden könnte. Das Ziel der App war es, Fähigkeiten der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) zu vermitteln und somit psychische Gesundheit zu fördern sowie Depressionen und Burnout zu vermeiden. Oiva bestand aus 46 Übungen, welche in vier Bereiche eingeteilt wurden: Bewusstes Denken, vernünftiges Denken, Werte und gesunder Körper. Fünf Wochen nach der Einführung in die App wurden bei 15 TeilnehmerInnen semistrukturierte Fokus-Gruppen-Interviews durchgeführt. Die Ergebnisse wurden von den AutorInnen in zwei Kategorien eingeteilt. Erstere soll Ergebnisse zur mobilen App als Selbstmanagement-Tool liefern. Besonders interessant für diese Arbeit ist jedoch die zweite Kategorie: die Evaluierung der App als Hilfsmittel zur Behandlung von Depressionen. Hier wurde erneut in einige Untergruppen eingeteilt, um eine bessere Veranschaulichung zu gewährleisten. Diese bestehen aus: Eignung für verschiedene Patientengruppen, geführte Anwendung, Edukation sowie Training der Pflege und die Einführung der App in verschiedenste Organisationen. Alle PartizipantInnen sahen Potential in der Umsetzung der App in die Praxis. Jedoch wurden unterschiedliche Meinungen zur

Anwendung bei verschiedenen Patientengruppen aufgeworfen. Viele sahen die App bei milder depressiver Symptomatik als hilfreich an, jedoch nicht bei ausgeprägter Depression. „In specialized care, depression is usually so severe that it wouldn't work, but when the person gets better and goes home, it wouldn't be bad at all at that point.“ Verwendung würde die App vor allem bei jungen PatientInnen finden, im Gegensatz zu älteren, welche möglicherweise Hemmungen hätten, dieses Hilfsmittel zu benutzen. Andere wiederum meinten, dass alle die an sich selbst arbeiten wollen und interessiert sind, mögliche Zielgruppen sein könnten. Die App sollte außerdem individuell mehr oder weniger zusammen mit der zuständigen Pflegeperson eingesetzt werden. Dies könnte von der einfachen Empfehlung der App als Selbsthilfe-Tool über ausgewählte Übungen, welche die Pflege für den/die PatientIn auswählt und diese/r selbstständig zuhause durchführt bis zur gemeinsamen Durchführung der Übungen unter Anleitung durch die Pflege führen. Die TeilnehmerInnen nannten mögliche Motivationsprobleme bei depressiven PatientInnen, Übungen selbstständig durchzuführen oder dass bei einigen durch die Aufgaben ein erhöhter Druck entstehen könnte. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Schulung der Pflegekräfte selbst. „I should get even more familiar with it [...] So, I could choose things that bring most benefit to the client.“ Auch sollten sie genügend Wissen über die ACT-Fähigkeiten aufweisen. „[...] I don't have enough knowledge... I never perform any exercises with patients because I don't have the skills [...]“. Die App wurde jedoch unter den TeilnehmerInnen grundsätzlich als sehr hilfreich angesehen und viele versuchten, das Hilfsmittel bereits in ihren Arbeitsstätten zu implementieren. „[...] When the app comes out we'll take it into use [...]“. Zwei der 15 PartizipantInnen äußerten Bedenken gegenüber dem Einsetzen des Hilfsmittels in der realen Pflege, so dieses die Ultimo Ratio sein sollte. „It's all right, as long as it won't become the only treatment. It's one tool, not an end in itself.“

Waterworth et al. (2015) beschrieben in ihrer qualitativen Studie, wie Pflegekräfte Depressionen bei älteren PatientInnen (über 65 Jahre) mit mehreren langandauernden Erkrankungen erkennen und welche Strategien sie anwenden, um den Betroffenen helfen zu können. Dafür wurden bei 40 PflegerInnen aus Neuseeland In-Depth-Interviews per Telefon durchgeführt. Es konnten fünf Hauptgruppen gebildet werden, welche die Ergebnisse gut beschreiben:

- *Aufmerksam sein:* Die TeilnehmerInnen fanden es wichtig, ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, dass PatientInnen mit Langzeiterkrankungen ein erhöhtes Risiko für Depressionen aufweisen. Das sollte in weiterer Folge dazu führen, dass Depressionen schneller erkannt werden (Waterworth et al., 2015).
- *Den Patienten kennen:* Stimmungsveränderungen konnten besser erkannt werden, wenn bereits eine Beziehung zu den PatientInnen aufgebaut wurde. „[...] Sometimes you can pick what is normal behaviour and what is not.“ (Waterworth et al., 2015).
- *Fragen stellen:* Viele der Pflegekräfte nutzten, anstatt formale Assessmentinstrumenten anzuwenden, informale Fragen, welche der Situation angepasst waren. Jedoch gab es auch TeilnehmerInnen, welche angaben, keine Zeit zu haben, um Fragen zu stellen (Waterworth et al., 2015).
- *Möglichkeiten anbieten:* Die PartizipantInnen leiteten ihre KlientInnen an die richtigen Stellen weiter, um Hilfe zu bekommen (z.B.: Hausarzt / Hausärztin, PsychiaterIn...). „You’ve got to talk about what sorts of options there are and what things will help [...]“. Jedoch boten sie selbst auch Informationen über Medikation und Relaxationsmöglichkeiten an. Außerdem motivierten sie und halfen bei der Zielsetzung (Waterworth et al., 2015).
- *Zeit zum Zuhören anbieten:* Die PflegerInnen gaben an, dass viele der Betroffenen erleichtert waren über ihre Gefühle reden zu können. Die TeilnehmerInnen meinten, dass viele PatientInnen lieber mit ihnen sprachen als mit der Hausärztin/dem Hausarzt, da sie diese/diesen nicht belästigen wollten. Außerdem gaben die PartizipantInnen an, gefährdeten PatientInnen mehr Zeit zu bieten. „People with depression I’m more likely to ring them more frequently, check on them, see them coping, as more appointments, more contacts with those patients.“ (Waterworth et al., 2015).

Viele TeilnehmerInnen sahen in dem Erkennen von Depressivität bei PatientInnen mit Langzeiterkrankungen eine hohe Komplexität und eine große Herausforderung (Waterworth et al., 2015).

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, pflegerische Maßnahmen bei Depressionen, welche im gesundheitsförderlichen und präventiven Rahmen getroffen werden können, aus der Literatur zusammenzufassen und wiederzugeben. Mithilfe der zwölf Studien, welche durch die bereits beschriebene Suchstrategie eingeschlossen wurden, konnte die Forschungsfrage dieses Literaturreviews beantwortet werden. Acht von den zwölf inkludierten Studien befassten sich mit dem Einfluss von Edukation und Beratung auf Menschen mit Depressionen, zwei Studien untersuchten die Auswirkung von körperlicher Aktivität auf diese Erkrankung und wiederum zwei Studien sammelten die Erfahrungen der Pflege im Umgang mit PatientInnen und depressiven Symptomen, sowie Strategien und Hilfsmittel, welche bei der Betreuung von Betroffenen von Nutzen sein könnten.

4.1 Beratung und Edukation

Diese Arbeit zeigt die Wichtigkeit der beratenden und lehrenden Intervention bei Depressionen durch die Pflege auf. Der Großteil der inkludierten Studien befasste sich mit diesen Tätigkeiten, um Prävention und Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Ein Vergleich mit der Literatur zeigte, dass Beratung und Edukation als Maßnahme für präventive und gesundheitsförderliche Arbeit nicht nur bei Depressionen gute Ergebnisse bringt, sondern auch bei anderen psychischen Erkrankungen. Abazarnjad et al. (2019) beschrieben in ihrer randomisierten kontrollierten Studie die Auswirkung einer Psychoedukation auf Angst mithilfe einer Interventions- und Kontrollgruppe. Erstere wies nach der Durchführung der Maßnahme signifikante Verbesserungen ($p < 0,005$) auf, im Gegensatz zur Kontrollgruppe, welche sogar eine leichte Steigung der Angst zeigte. Beratung und Edukation scheint somit ein wichtiges Instrument der Gesundheitsförderung zu sein. Speziell im Bereich des Förderns der Gesundheit rücken Beratung, Aufklärung und Informationsgabe auch immer mehr in den Tätigkeitsbereich der Pflege (Steinbach, 2017). Weitere Hinweise hierzu boten ebenfalls die acht Studien in diesem Literaturreview in der Kategorie Beratung und Edukation. Jede einzelne von ihnen nannte die Wichtigkeit der Pflege in diesem Bereich und die Möglichkeit dieser Berufsgruppe etwas zu verändern und zu verbessern. Dieser neuere Aufgabenbereich erfordert Professionalität und Kompetenz der Pflege, dafür können verschiedenste Beratungskonzepte angewandt werden (Steinbach, 2017). Konzepte, welche in den beschriebenen Studien verwendet worden sind, sind die Problemlösungstherapie

(Segre et al., 2014, Markle-Reid et al., 2014, Hill et al., 2019, Djukanović et al., 2016), soziales Kompetenztraining (Bartels et al., 2014), das „Wheel of Wellness-Modell“ (Kwon, 2015), evidenzbasierte Management-Strategien zur Behandlung von Depressionen (Markle-Reid et al., 2014) und die Verwendung internationaler Guidelines (Jørstad et al., 2016).

Das „Wheel of Wellness-Modell“, welches in der Studie von Kwon (2015) behandelt wurde, bestätigte Steinbach (2017) in ihrer Erklärung von Gesundheitsförderung. Das Modell, welches in den frühen 1990er Jahren entstanden ist, folgte einem neuen Ansatz, welcher als Gegenstück zur krankheitsbasierten Medizin gesehen wird (Kwon, 2015), denn auch in dieser Studie wurde anstatt eines pathogenetischen Ansatzes auf den salutogenetischen Ansatz gesetzt, wobei der Fokus viel mehr auf die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit gelegt wurde anstatt auf die Erkrankung (Steinbach, 2017). Das „Wheel of Wellness-Modell“ wurde bisher nur in Studien untersucht, in der die Beratung von PsychologInnen geleitet wurde. Kwon (2015) zeigte hier neue Möglichkeiten zur Edukation und Beratung durch die Profession der Pflege auf.

Neben Kwon (2015) wiesen auch Cinar et al. (2013) und Jørstad et al. (2016) statistisch signifikante Werte bei der Verbesserung von Depressionen durch Tätigkeiten der Beratung und Edukation auf. Auch die Studie von Bartels et al. (2014) zeigte eine positive Entwicklung depressiver Symptome, jedoch konnte nach einem dreijährigem Follow-Up keine statistisch signifikanten Verbesserungen erkannt werden. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass beratende Tätigkeiten wiederholend durchgeführt und ab einem gewissen Zeitpunkt wiederaufgefrischt werden sollten. Darauf könnten auch die Ergebnisse von Djukanović et al. (2016) hinweisen, da auch hier zwölf Monate nach der Intervention nochmals eine Erhebung durchgeführt wurde, die Werte aber nicht mehr von statistischer Signifikanz waren.

Vier von acht Studien, welche sich mit Beratung und Edukation beschäftigten, nutzten das Konzept der Problemlösungstherapie und drei davon erzielten gute, statistisch signifikante Erfolge (Djukanović et al., 2016, Markle-Reid et al., 2014, Segre et al., 2014). Hill et al. (2019) konnten jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied aufweisen. Die AutorInnen dieser Studie wiesen in der Diskussion darauf hin, dass die Intervention möglicherweise nur bei weniger starken Symptomen hilft, jedoch nicht, wenn diese ein komplexes Krankheitsbild zeigen. Dies widerspricht jedoch den statistisch signifikanten Ergebnissen der anderen drei Studien. Bestärkt werden diese drei Forschungen durch ein Literaturreview von Zhang et al. (2018), in dem elf Studien die Effektivität der

problemlösungsorientierten Therapie bei Depressionen in der Primärversorgung belegten ($p < 0,001$).

Die verwendeten Techniken in den eingeschlossenen Studien widerspiegelten die in der Einleitung unter dem Kapitel "Gesundheit und Krankheit" geschilderte Salutogenese und das Biopsychosoziale Modell, bei denen die Wichtigkeit des Erkennens von externen und internen Schutz- und Risikofaktoren erklärt wird (Egger, 2017, Steinbach, 2017). Vor allem Hill et al. (2019) beschrieben in der Intervention Aktivitäten, wie das Unterstützen von Bewältigungsressourcen und das Bewusstwerden von beeinflussenden externen Faktoren.

4.2 Körperliche Aktivität

Zwei der inkludierten Studien dieser Arbeit beschäftigten sich mit der Auswirkung von körperlicher Betätigung auf depressive Symptome unter der Leitung der Pflege. Beide Forschungen zeigten statistisch signifikante Ergebnisse in der Verbesserung der Depressivität (Diegelmann et al., 2017, Vanková et al., 2014). Auch andere Studien aus der Literatur bestätigen diese Ergebnisse, so verglichen Park et al. (2018) den Unterschied zwischen niedriger körperlicher und hoher körperlicher Betätigung und deren Auswirkung auf die Stimmung. Die Ergebnisse zeigten, dass mehr Bewegung zu weniger depressiven Symptomen führte. Ähnlich bestätigten auch Rosenbaum et al. (2014) in ihrem Literaturreview, dass physische Aktivität sich positiv auf psychiatrische Erkrankungen auswirkte.

Diegelmann et al. (2017) und Vanková et al. (2014) führten ihre Forschungen jeweils im Langzeitsetting durch. Während der Literaturrecherche konnten nur wenige Studien zur körperlichen Aktivität als Intervention, welche durch die Pflege geleitet wird, gefunden werden. Dies betrifft vor allem Settings, welche sich außerhalb des Langzeitpflegebereichs befinden. Ein Grund dafür könnte sein, dass diese Art von Tätigkeit häufig von anderen Berufsgruppen übernommen wird. Eine Studie aus der Primärversorgung, in der mithilfe von körperlicher Betätigung, geführt durch Physiotherapeuten, depressive Symptome beobachtet und evaluiert wurden (Robledo-Colonia et al., 2012), kann diese Hypothese bestätigen.

Diegelmann et al. (2017) und Vanková et al. (2014) führten die Intervention über die Dauer von zwölf Wochen aus, während die Sitzungen ein bis zweimal pro Woche stattfanden. Das Training wurde außerdem hauptsächlich in Gruppen durchgeführt und die Dauer einer Intervention betrug ungefähr 30 Minuten bis zu einer Stunde. Diese Intensität der

Durchführung des Aktivierungstrainings widerspiegelte die Vorgaben einer internationalen Leitlinie, „Depression in adults: recognition and management“, von dem National Institute for Health and Care Excellence (2019).

4.3 Erfahrungen der Pflege

Zwei Studien, welche im Rahmen der Literaturrecherche in diese Arbeit eingeschlossen wurden, konzentrierten sich auf die Erfahrungen des Pflegepersonals, wobei einerseits die Erfahrungen von PflegerInnen mit ihren PatientInnen untersucht wurde (Waterworth et al., 2015) und andererseits die Erfahrungen von Pflegepersonen mit einem Hilfsmittel zur Betreuung von ihren PatientInnen (Kaipainen et al., 2017).

Die TeilnehmerInnen der Studie von Waterworth et al. (2015) arbeiteten in der Primärversorgung. Die Profession der Pflege bot sich als ideale Berufsgruppe für das Erkennen von Depressivität in diesem Setting an. Die PatientInnen vertrauten sich oft Pflegepersonen lieber an, da sie unter anderem die Hausärztin / den Hausarzt nicht belästigen wollten. Somit wurden sie zu wichtigen Ansprechpersonen für die Betroffenen. Dies bestätigte wiederum auch Steinbach (2017), welche beschrieb, dass Pflegepersonen unmittelbar mit dem Lebensumfeld der PatientInnen konfrontiert sind, somit gut verstehen können, wie es den Menschen tatsächlich geht und möglicherweise dadurch Probleme besser erkannt werden können. Waterworth et al. (2015) beschrieben außerdem auch gewisse Strategien, die sich die Pflegekräfte angeeignet haben, um Depressivität zu erkennen. Die PflegerInnen nannten unterschiedliche Varianten in der Erkennung von depressiven Symptomen. Während manche sich an formale Assessmentinstrumente hielten, nutzten die meisten informale Fragen. Die einheitliche Nutzung von reliablen und validen Assessmentinstrumenten könnte dabei helfen, Personen, welche an Depression erkrankt sind, rasch zu erkennen und ihnen Beiseite zu stehen. Wie auch bereits in der Einleitung dieser Arbeit erwähnt wurde, werden viele Diagnosen nicht oder falsch gestellt (WHO, 2019). Jedoch bezieht sich dies nicht nur auf die Primärversorgung, denn auch in allen anderen Settings, aber vor allem im stationären Bereich stellt sich die Frage, ob alle Erkrankten auch tatsächlich erkannt werden und umgekehrt. So sind zum Beispiel nicht alle traurigen PatientInnen automatisch depressiv. Die Traurigkeit könnte möglicherweise auch nur eine Auswirkung aufgrund des Spitalaufenthalts, einer neuen ungewohnten Umgebung (z.B.: Umzug in das Pflegeheim) oder Ähnlichem sein. Dieser Punkt zeigt erneut die Wichtigkeit der richtigen und rechtzeitigen Erkennung von depressiven PatientInnen,

welche mithilfe akkuraten und regelmäßigen Assessments in allen Settings unterstützt werden könnten. In der Einleitung wurde außerdem erwähnt, dass 84% der PatientInnen mit einer Depression als Nebendiagnose als auch 24% der PatientInnen mit solcher als Hauptdiagnose auf Nicht-psychiatrischen Stationen versorgt werden (Delcour, 2019). Vor allem auf diesen Stationen weist das Personal keine spezielle Ausbildung für psychische Erkrankungen auf, weshalb eine einheitliche Hilfestellung zur Erkennung von Depressionen helfen könnte.

4.3.1 Technische Hilfsmittel

Kaipainen et al. (2017) untersuchten den Nutzen einer App als Hilfestellung zur Behandlung von Depressionen. Die StudienteilnehmerInnen sind Pflegepersonen, welche das technische Hilfsmittel evaluierten. Im Großen und Ganzen wurde die App als sehr hilfreich angesehen und die meisten TeilnehmerInnen konnten sich vorstellen, die App in ihre Behandlung miteinfließen zu lassen. Während diese Studie größtenteils gute Rückmeldungen zum Nutzen von Apps bei Depression lieferten, wird in der Forschung noch kontrovers diskutiert. So zeigte das Literaturreview von Terhorst et al. (2018) bei der Analyse von 38 verschiedenen Apps, welche speziell für Depressionen gemacht waren, nur bei vier zufriedenstellende Ergebnisse. Alle untersuchten Apps waren außerdem wissenschaftlich nicht fundiert. Insgesamt ergab sich ein großer Anteil von qualitativ minderwertigen Apps, welche nicht geeignet waren für die Nutzung von depressiven Menschen. Kaipainen et al. (2017) beschrieben in ihrer Studie, dass die PflegerInnen in einigen Fällen zusammen mit den PatientInnen das technische Hilfsmittel in Form einer Anleitung nutzen würden. Dies wäre eine bessere Möglichkeit qualitativ hochwertige Apps in der Betreuung von depressiv kranken Personen zu verwenden, um sichergehen zu können, dass eine gute Behandlung gewährleistet ist.

5 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieses Reviews zeigten, dass es in der Literatur einige Ansätze für pflegerische Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Depressionen gibt. Die größte Relevanz hierbei hatte der Bereich der Edukation und der Beratung. In den untersuchten Studien sind diesbezüglich viele verschiedene Strategien verwendet worden. Der Bereich der Beratung und Edukation umfasste hauptsächlich nötige Lebensumstellungen, Medikation und außerdem auch Aufklärung über Risikofaktoren und Symptome bestimmter psychischer Erkrankungen wie Depressionen. Weiters wurde die Wichtigkeit der persönlichen Unterstützung aufgezeigt. Diese führte von motivierenden Gesprächen über das Zuhören bis zur Weiterleitung an andere geeignete Stellen. Auch der Einbezug der Angehörigen, die Wissensvermittlung an die Betroffene / den Betroffenen sowie deren Familien war notwendig. Die Vermittlung verschiedenster sozialer Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit war ebenfalls ein Teil der Beratung und Edukation, welche für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Depressionen von Nutzen war. Herauszuheben ist, dass viele der Studien, welche den Fokus auf Beratung und Edukation legten, einen problemlösungsorientierten Ansatz zur Hilfestellung verwendeten. Dies zeigte, dass das gemeinsame Erarbeiten der Probleme inklusiver Lösungsansätze mit den Betroffenen wichtig für die Betreuung war. Die Stärken der PatientInnen wurden dabei unterstützt und Bewältigungsstrategien aufgezeigt.

Neben den beratenden und lehrenden Tätigkeiten zeigte diese Arbeit auch die positive Auswirkung von körperlicher Betätigung auf Depressionen und dass dieses Wissen zur Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden könnte. Es wurden unterschiedlichste Übungen im Langzeitsetting zur physischen Betätigung durchgeführt. Während in einer Studie das Training individuell an die Bewohner angepasst wurde, wurden in der zweiten Studie Tanzeinheiten abgehalten. Beide wiesen eine Verbesserung der depressiven Symptome nach der Intervention auf.

Ein weiterer Schwerpunkt der Ergebnisse lag auf den Erfahrungen der Pflege selbst. Diese überschneiden sich auch teilweise mit den hilfreichen Maßnahmen in der Kategorie Beratung und Edukation, denn auch die Berufsgruppe selbst nannte die Wichtigkeit des Beziehungsaufbaus mit den PatientInnen und des Weiterleitens an diverse andere Professionalitäten. Andererseits wurden auch Erfahrungen der Pflege mit einer App, welche als Hilfsmittel zur Betreuung von Depressionen dienen sollte, erhoben. Der Großteil der

TeilnehmerInnen befand die App als hilfreich und sah einen Nutzen für die Verwendung bei depressiv kranken Menschen.

5.1.1 Stärken und Limitationen

Als Stärke dieser Arbeit kann die Vielzahl der verwendeten randomisierten kontrollierten Studien gesehen werden, da dieses Studiendesign als Goldstandard der evidenzbasierten Medizin gilt (Pschyrembel, 2020a). Ein weiterer positiver Aspekt ist, dass viele internationale Studien verwendet worden sind und somit eine große Bandbreite an Ergebnissen erhoben werden konnte. Außerdem wurden nur Studien aus den letzten zehn Jahren verwendet, daher ist die Aktualität der Erhebungen durchaus gegeben und die Ergebnisse könnten für die Gegenwart als relevant gelten.

Eine Schwäche dieser Arbeit sind die häufig relativ klein definierten Samplegrößen der Studien, vor allem bei Djukanović et al. (2016), Waterworth et al. (2015), Cinar et al. (2013) und Kaipainen et al. (2017), die die Repräsentativität der Forschungen in Frage stellen. Jedoch nicht nur die Samplegröße, sondern auch andere Faktoren könnten die Repräsentativität beeinträchtigt haben. So wurde bei Waterworth et al. (2015) nur die Sicht der Pflegenden erhoben, jedoch nicht die der Gepflegten, weshalb die Erfahrungen nicht für die Gesamtheit der Betroffenen als geltend betrachtet werden kann. Bei Cinar et al. (2013) trug die Wahl des Samples (Stadtbewohner) dazu bei, dass Ergebnisse bei Menschen im ruralen Bereich unterschiedlich aussehen könnten. Ähnlich bei Kaipainen et al. (2017), welche neben ihres kleinen Samples außerdem nur PartizipantInnen einer einzigen gerade verfügbaren Ausbildungsgruppe rekrutierten und die Ergebnisse deshalb nicht auf die gesamte Berufsgruppe umgelegt werden kann. Außerdem wurde die App nur privat von den TeilnehmerInnen verwendet und nicht während der Arbeit mit PatientInnen, somit sind die Ergebnisse von der Subjektivität des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals geprägt. Jørstad et al. (2016) wiesen zwar gesamt eine große TeilnehmerInnenzahl auf, jedoch wurden davon nur bei 120 von 615 PartizipantInnen ein Depressionsscreening durchgeführt. Auch Markle-Reid et al. (2014) konnten nur 29% der geeigneten PatientInnen in die Studie einschließen, weshalb das Sample nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation war.

Obwohl viele der inkludierten Studien als Design eine RCT beschrieben, wurden bei Vanková et al. (2014) zwar die BewohnerInnen randomisiert, jedoch nicht die Pflegeheime selbst. Bei Kwon (2015) war die Kontroll- und die Interventionsgruppe nicht verblindet. Bei Segre et al. (2014) konnte Ähnliches beobachtet werden, so waren sich hier die

TeilnehmerInnen der Randomisierung und der Gruppenzuteilung bewusst, was wiederum zu einem Bias (Verzerrung der Ergebnisse und Untergrabung der Gültigkeit) geführt haben könnte (Polit and Beck, 2017).

Eine weitere Schwäche dieses Literaturreviews könnte außerdem die geringe Anzahl der Datenbanken sein, die verwendet worden sind. Wären mehr Plattformen durchsucht worden, hätten mehr Studien gefunden und inkludiert werden können. Weiters könnten einige relevante Studien beim Titel- und Abstractscreening ausgeschlossen worden sein, da eventuell der Titel missverständlich war, die Worte nicht richtig platziert waren oder der Abstract ein uneindeutiges Bild der Studie darlegte. Zusätzlich könnten auch andere möglicherweise passende Studien nicht eingeschlossen werden, da nicht alle AutorInnen den Volltext zur Verfügung stellten. Diese Arbeit wurde außerdem von nur einer Person durchgeführt, was ebenfalls zu einer Einschränkung geführt haben könnte.

5.1.2 Praxisempfehlung

Durch die größtenteils guten Ergebnisse der inkludierten Studien empfiehlt es sich die gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen, welche durch die Pflege durchgeführt werden konnten, in allen Settings zu implementieren. Denn sowohl Studien aus der Primärversorgung, aus dem Langzeitsetting, aus dem stationären Setting sowie aus der Hauskrankenpflege erzielten gute Ergebnisse durch die Interventionen. In der Praxis werden diese Interventionen jedoch oft nur teilweise eingesetzt. Es sollte eine explizite Praxisanleitung für diese Art von Tätigkeiten geben, an die sich Pflegepersonen orientieren können und im Alltag daran erinnert werden, die Maßnahmen durchzuführen. Wie diese Arbeit zeigt, kann gesundheitsförderliches und präventives Arbeiten mit depressiven Menschen viel bewirken, jedoch wird in der Realität oft immer noch die Krankheit in den Vordergrund gestellt, anstatt sich mehr mit der Gesundheit der PatientInnen zu befassen. Durch eine fixe Implementierung dieser Tätigkeiten in allen Settings der Pflege soll auch der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention mehr an Bedeutung gewinnen.

5.1.3 Forschungsempfehlung

Es konnten viele Studien zu Gesundheitsförderung und Prävention bei Depression gefunden werden, jedoch nur mäßig viele im Zusammenhang mit der Pflege als Durchführorgan. Deshalb ist es von großer Wichtigkeit weitere Forschungen zu betreiben, um der Berufsgruppe mehr evidenzbasiertes Wissen liefern zu können. Die Forschung sollte sich

außerdem auf die Wirksamkeit der Interventionen im Bereich Beratung und Edukation über einen längeren Zeitraum konzentrieren und erforschen, in welchen Abständen Maßnahmen wiederholt werden müssten, um weiterhin gute Ergebnisse zu erbringen. Ein weiterer Fokus zukünftiger Forschung könnte im Bereich der Aktivität zu präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen bei Depressionen, welche durch Pflegepersonen durchgeführt werden können, liegen. Vor allem jene Settings, welche sich außerhalb des Langzeitpflegebereichs befinden, würden von dieser Forschung profitieren. Vor allem im Zeitalter der Digitalisierung könnte es auch von Nutzen sein, weitere Studien und Forschungen zu hilfreicher Software, wie zum Beispiel Apps, zu betreiben, um Pflegepersonen bei der Betreuung ihrer PatientInnen eine Unterstützung zu bieten.

6 Literaturangaben

- ABAZARNEJAD, T., AHMADI, A., NOUHI, E., MIRZAEI, M. & ATGHAI, M. 2019. Effectiveness of psycho-educational counseling on anxiety in preeclampsia *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41.
- BARTELS, S. J., PRATT, S. I., MUESER, K. T., FORESTER, B. P., WOLFE, R., CATHER, C., XIE, H., MCHUGO, G. J., BIRD, B., ASCHBRENNER, K. A., NASLUND, J. A. & FELDMAN, J. 2014. Long-term outcomes of a randomized trial of integrated skills training and preventive healthcare for older adults with serious mental illness. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT SOZIALES GESUNDHEIT UND KONSUMENTENSCHUTZ 2019. Gender-Gesundheitsbericht Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. Ergebnisbericht. Wien.
- BUTLER, R. N. 1963. The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 26, 65-76.
- CINAR, F. I., TOSUN, N. & KOSE, S. 2013. Evaluation of an education and follow-up programme for implantable cardioverter defibrillator-implanted patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22.
- DEISENHAMMER, E. A. 2019. Depressive Erkrankungen. Definition und Symptome. In: NOWOTNY, M., KERN, D., BREYER, E., BENGOUGH, T. & GRIEBLER, R. (eds.) *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK).
- DELCOUR, J. 2019. Akut- und teilstationäre Aufenthalte mit Entlassungsdiagnose depressive Erkrankung. In: NOWOTNY, M., KERN, D., BREYER, E., BENGOUGH, T. & GRIEBLER, R. (eds.) *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK).
- DIEGELMANN, M., JANSEN, C. P., WAHL, H. W., SCHILLING, O. K., SCHNABEL, E. L. & HAUER, K. 2017. Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach. *Aging & Mental Health*, 784-793.
- DILLING, H. & FREYBERGER, H. J. 2016. *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*, Bern, Hogrefe Verlag, .
- DJUKANOVIĆ, I., CARLSSON, J. & PETERSON, U. 2016. Group discussions with structured reminiscence and a problem-based method as an intervention to prevent depressive symptoms in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 992-1000.

- EGGER, J. W. 2017. *Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin.*, Wien, facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- GESUNDHEITSZIELE ÖSTERREICH. 2020. *Krankheitslast, Burden of Disease* [Online]. Available: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/krankheitslast-burden-of-disease-engl/> [Accessed 22.3.2020].
- HILL, K., HOUSE, A., KNAPP, P., WARDHAUGH, C., BAMFORD, J. & VAIL, A. 2019. Prevention of mood disorder after stroke: a randomised controlled trial of problem solving therapy versus volunteer support. *BMC Neurology*, 19.
- HONG, Q. N., PLUYE, P., FÀBREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAIS, P., GAGNON, M.-P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., ALICIA, O. C., MARIE-CLAUDE, R. & VEDEL, I. 2018. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). In: CANADIAN INTELLECTUAL PROPERTY OFFICE (ed.). Industry Canada.
- JØRSTAD, H. T., MINNEBOO, M., HELMES, H. J. M., FAGEL, N. D., SCHOLTE OP REIMER, W. J., TIJSSEN, J. G. P. & PETERS, R. J. G. 2016. Effects of a nurse-coordinated prevention programme on health-related quality of life and depression in patients with an acute coronary syndrome: results from the RESPONSE randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16.
- KAIPAINEN, K., VALKKYNNEN, P. & KILKKU, N. 2017. Applicability of acceptance and commitment therapy-based mobile app in depression nursing. *Translational Behavioral Medicine*, 7.
- KAPITANY, T. & STEIN, C. Wenn ein Mensch daran denkt, sich das Leben zu nehmen - Was kann ich tun? Ein Wegweiser zur Suizidprävention. . In: SUIZIDPRÄVENTION AUSTRIA (ed.). Kriseninterventionszentrum Wien.
- KWON, S.-H. 2015. Wheel of Wellness Counseling in Community Dwelling, Korean Elders: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45.
- LAUX, G. 2015. Affektive Störungen. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- MARKLE-REID, M., MCAINEY, C., FORBES, D., THABANE, L., GIBSON, M., BROWNE, G., HOCH, J. S., PEIRCE, T. & BUSING, B. 2014. An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. *BMC Geriatrics*, 14.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE 2019. Depression in adults: recognition and Depression in adults: recognition and management 2009 ed.

- NIEDERKROTENTHALER, T. & NOWOTNY, M. 2019. Gesundheitsförderung und Prävention von depressiven Erkrankungen. In: NOWOTNY, M., KERN, D., BREYER, E., BENGOUGH, T. & GRIEBLER, R. (eds.) *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- NOWOTNY, M., BENGOUGH, T. & GRIEBLER, R. 2019a. Einleitung. In: NOWOTNY, M., KERN, D., BREYER, E., BENGOUGH, T. & GRIEBLER, R. (eds.) *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- NOWOTNY, M., KERN, D. & BREYER, E. 2019b. Schlussbetrachtung. In: NOWOTNY, M., KERN, D., BREYER, E., BENGOUGH, T. & GRIEBLER, R. (eds.) *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- NOWOTNY, M., KERN, D., BREYER, E., BENGOUGH, T. & GRIEBLER, R. 2019c. Kurzfassung. In: NOWOTNY, M., KERN, D., BREYER, E., BENGOUGH, T. & GRIEBLER, R. (eds.) *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- PARK, S.-Y., LEE, K., UM, J. Y., PAEK, S. & RYOU, I. S. 2018. Association between Physical Activity and Depressive Mood among Korean Adults with Chronic Diseases. *The Korean Journal of Family Medicine*, 39.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2017. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer.
- PSCHYREMBEL. 2019. *Depression* [Online]. Available: <https://www.pschyrembel.de/depression/K05PP/doc/> [Accessed 29.10.2019].
- PSCHYREMBEL. 2020a. *Randomisierte kontrollierte Studie* [Online]. Pschyrembel online. Available: <https://www.pschyrembel.de/randomisierte%20kontrollierte%20Studie/K0QPB/doc/> [Accessed 1.02.2020].
- PSCHYREMBEL. 2020b. *Reliabilität* [Online]. Available: <https://www.pschyrembel.de/Reliabilität%20%5BStatistik%5D/K0JNF> [Accessed 22.3.2020].
- PSCHYREMBEL. 2020c. *Validität* [Online]. Available: <https://www.pschyrembel.de/Validität/K0NGP/doc/> [Accessed 22.3.2020].

- RIS 2019. Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). In: BGBl. I NR. 108/1997 (ed.).
- ROBLEDO-COLONIA, A. F., SANDOVAL-RESTREPO, N., MOSQUERA-VALDERRAMA, Y. F., ESCOBAR-HURTADO, C. & RAMÍREZ-VÉLEZ, R. 2012. Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 58.
- ROSENBAUM, S., TIEDEMANN, A., SHERRINGTON, C., CURTIS, J. & WARD, P. B. 2014. Physical Activity Interventions for People With Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75.
- ROTHENHÄUSLER, H.-B. & TÄSCHNER, K.-L. 2013. *Kompandium Praktische Psychiatrie und Psychotherapie*, Wien, Springer-Verlag.
- SEGRE, L. S., BROCK, R. L. & O'HARA, M. W. 2014. Depression treatment for impoverished mothers by point-of-care providers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83.
- STEINBACH, H. 2017. *Gesundheitsförderung und Prävention für Pflege- und andere Gesundheitsberufe*, Wien, facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- TERHORST, Y., RATHNER, E.-M., BAUMEISTER, H. & SANDER, L. 2018. Hilfe aus dem App-Store?: Eine systematische Übersichtsarbeit und Evaluation von Apps zur Anwendung bei Depressionen. *Karger*, 28.
- VANKOVÁ, H., HOLMEROVA, I., MACHACOVA, K., VOLICER, L., VELETA, P. & CELKO, A. M. 2014. The Effect of Dance on Depressive Symptoms in Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*.
- WATERWORTH, S., ARROLL, B., RAPHAEL, D., PARSONS, J. & GOTT, M. 2015. A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 24.
- WHO. 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion* [Online]. Available: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [Accessed 21.10.2019].
- WHO 2017. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Geneva.
- WHO. 2019. *Depression* [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression> [Accessed 04.11.2019].

WHO/EUROPA. 2019a. *Definition einer Depression* [Online]. Available: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition> [Accessed 29.10.2019].

WHO/EUROPA. 2019b. *Depression in Europa* [Online]. Available: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe> [Accessed 05.11.2019].

ZHANG, A., PARK, S. & SULLIVAN, J. E. J., SHIJIE 2018. The Effectiveness of Problem-Solving Therapy for Primary Care Patients' Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 31.

7 Anhang

7.1 Bewertung der Studien

Prevention of mood disorder after stroke: a randomised controlled trial of problem solving therapy versus volunteer support

S1. Are there clear research questions? YES

Auch wenn es keine Forschungsfrage gibt, wird das Ziel der Studie klar definiert und Hypothesen werden aufgestellt.

S2. Do the collected data allow to address the research question? CAN'T TELL

Die Samplegröße ist passend für die Studie, jedoch wäre eine Vergleichsgruppe ausreichend gewesen.

2.1. Is randomization appropriately performed? YES

Die Randomisierung erfolgte durch Dritte (unabhängiges Studienbüro). Die Daten wurden mithilfe eines Computers in 15er Blöcken geschichtet und so randomisiert.

2.2. Are the groups comparable at baseline? YES

Es gibt keine größeren Gruppenunterschiede zwischen der Kontroll- und den Vergleichsgruppen. Außerdem konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede bei der Ersterhebung gemessen werden.

2.3. Are there complete outcome data? YES

Von den 450 TeilnehmerInnen konnten nach sechs Monaten 387 analysiert werden, nach zwölf Monaten 364 PartizipantInnen.

2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided? YES

Die ForscherInnen, welche die Interviews durchführten, waren nicht informiert über die Art der Behandlung. Die TeilnehmerInnen der Studie wurden außerdem informiert, bei den Interviews nicht darzulegen, welche Behandlung sie bekamen.

2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention? YES

Das Verhältnis der TeilnehmerInnen in den drei Gruppen blieb ungefähr gleich, jedoch sind mehr PartizipantInnen aus der Interventionsgruppe ausgeschieden, hauptsächlich aufgrund von Zurückweisungen.

An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms

S1. Are there clear research questions? YES

Es gibt ausformulierte Forschungsfragen, sowie Hypothesen. Auch das Ziel der Studie wird beschrieben.

S2. Do the collected data allow to address the research questions? YES

5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question? YES

Das Mixed-Methods-Design wurde verwendet, um das komplexe Zusammenspiel der häuslichen Pflege und der Implementierung der Intervention besser darstellen zu können und somit den Ergebnissen mehr Durchsichtigkeit zu gewährleisten.

5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question? YES

Die Erhebungsmethoden der qualitativen und auch der quantitativen Daten können in einer Tabelle eingesehen werden. Bereits am Beginn der Studie wird erklärt, wieso qualitative als auch quantitative Daten erhoben werden, diese werden sowohl im Ergebnisteil gut dargestellt als auch im Diskussionsteil interpretiert.

5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted? YES

5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed? CAN'T TELL

Da es keine Unstimmigkeiten zwischen quantitativen und qualitativen Resultate gibt, ist diese Frage irrelevant.

5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?

siehe "Qualitativer Ansatz" und "Quantitativer Ansatz"

Qualitativer Ansatz:

5.5./1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research questions? YES

Erfahrungen und Wahrnehmungen werden erhoben.

5.5./1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research questions? YES

Die Durchführung von semi-strukturierten Interviews bei den KlientInnen und die Fokus-Gruppen-Interviews bei den LeiterInnen der Intervention sind passend.

5.5./1.3.Are the findings adequately derived from the data? YES

Die Ergebnisse wurden systematisch transkribiert und kodiert.

5.5./1.4.Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data? YES

Es wurden keine Zitate verwendet, viele Beispiele widerspiegelten jedoch die Ergebnisse sehr gut.

5.5./1.5.Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? YES

Quantitativer Ansatz:

5.5./3.1.Are the participants representative of the target population? YES

Die Zielpopulation ist mit den Ein- und Ausschlusskriterien gut beschrieben. Die Gründe für Absagen bzw. Ausfälle werden im Text bzw. im Flowchart dargestellt.

5.5./3.2.Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure?) YES

Die Instrumente werden inklusive ihrer Reliabilität und ihrer Validität beschrieben.

5.5./3.3.Are there complete outcome data? YES

Direkt nach der Intervention konnten nur 98 von 142 TeilnehmerInnen analysiert werden. Die Ausfallsrate bei der Erhebung nach einem Jahr betrug 39%, dies ist aufgrund der großen Zeitlücke angemessen. Die vor der Intervention berechnete geeignete Samplegröße betrug 105 TeilnehmerInnen. Die PartizipantInnen, welche tatsächlich an der Studie teilgenommen haben, waren weniger.

5.5./3.4.Are the confounders accounted for in the design and analysis? YES

Eine Rückwärtsregressionsanalyse wurde verwendet. Potentielle Störfaktoren wurden berücksichtigt.

5.5./3.5.During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended? YES

Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms?

A generalized linear mixed-model approach

S1.Are there clear research questions? YES

Ziel und Hypothesen werden in der Einleitung und im Abstract beschrieben. Die Forschungsfrage an sich findet sich im Titel der Studie.

S2.Do the collected data allow to address the research question? YES

3.1. Are the participants representative of the target population? YES

Ausschlusskriterien sind formuliert und Ausfälle der TeilnehmerInnen sind im Flowchart abgebildet.

3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)? YES

Das Messinstrument ist beschrieben und seine Validität wird erwähnt.

3.3. Are there complete outcome data? NO

Die eindeutige Zahl der TeilnehmerInnen kann nicht herausgelesen werden, da sich diese im Abstract und im Text unterscheidet.

3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis? YES

3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended? YES

Die TeilnehmerInnen konnten sich zu Beginn für eine Aktivitätsgruppe entscheiden, ein Tausch nach ihrer Wahl war nicht möglich.

Effects of a nurse-coordinated prevention programme on health-related quality of life and depression in patients with an acute coronary syndrome: results from the RESPONSE randomised controlled trial

S1. Are there clear research questions? YES

Ja. Es gibt definierte Forschungsziele.

S2. Do the collected data allow to address the research question? YES

2.1. Is randomization appropriately performed? YES

Mithilfe eines Online-Protokolls wurden die Daten in Blocks geschichtet. Das Protokoll wurde von unabhängigen Dritten entworfen und Studienangehörige hatten keinen Einfluss auf den Prozess der Randomisierung.

2.2. Are the groups comparable at baseline? YES

Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied der Daten beider Gruppen bei der Erstaufnahme. Die Gruppen sind ungefähr gleich groß.

2.3. Are there complete outcome data? CAN'T TELL

87% der TeilnehmerInnen konnten für die Erhebung der Lebensqualität analysiert werden. Jedoch wurde nur bei 20% der PartizipantInnen die Depressivität erhoben, der Grund dafür wird nicht erklärt.

2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided? CAN'T TELL

Dieser Punkt wird in der Studie nicht angesprochen.

2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention? YES

Auch am Ende der Studie sind die Gruppen vergleichbar. Es gibt in jeder Gruppe ungefähr gleich viele Ausfälle.

Group discussions with structured reminiscence and a problem-based method as an intervention to prevent depressive symptoms in older people

S1. Are there clear research questions? YES

S2. Do the collected data allow to address the research question? YES

Mit einem größeren Sample würden die Ergebnisse jedoch mehr Aussagekraft bekommen.

5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question? NO

5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question? YES

5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted? YES

5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed? YES

5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?

siehe “Qualitativer Ansatz” und “Quantitativer Ansatz”

Qualitativer Ansatz:

5.5./1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research questions? YES

Es ist sinnvoll, eine qualitative Evaluation nach der Intervention durchzuführen.

5.5./1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research questions? YES

5.5./1.3. Are the findings adequately derived from the data? YES

Es wurde eine Inhaltsanalyse verwendet. Außerdem wurden die Daten kodiert und in Kategorien eingeteilt.

5.5./1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data? YES

5.5./1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? YES

Der qualitative Forschungsansatz hätte am Beginn der Studie jedoch klarer dargestellt werden sollen, ebenso wie die Erwähnung, dass es sich um eine Mixed-Methods-Studie handelt und welches Design im qualitativen Teil verwendet wird.

Quantitativer Ansatz:

5.5./3.1. Are the participants representative of the target population? NO

Das Sample hätte dafür größer sein müssen.

5.5./3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure?) YES

Die verwendete Skala wird gut erklärt und auf die Reliabilität des Instruments wird hingewiesen.

5.5./3.3. Are there complete outcome data? YES

18 TeilnehmerInnen wurden inkludiert und die gesamte Anwesenheitsrate aller zehn Sitzungen betrug 84%.

5.5./3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis? CAN'T TELL

Störfaktoren werden nicht erwähnt.

5.5./3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended? YES

Long-term Outcomes of a Randomized Trial of Integrated Skills Training and Preventive Health Care for Older Adults with Serious Mental Illness

S1. Are there clear research questions? YES

S2. Do the collected data allow to address the research question? YES

2.1. Is randomization appropriately performed? YES

Die Stichprobe wurde stratifiziert nach Diagnose und Geschlecht. Zusätzlich wurde in Blöcken randomisiert.

2.2. Are the groups comparable at baseline? YES

Die Gruppen sind vergleichbar, bis auf eine höhere Rate von AsthmapatientInnen in der HOPES-Gruppe. Auch die Größe beider Gruppen ist vergleichbar.

2.3. Are there complete outcome data? YES

Von 183 TeilnehmerInnen konnten schlussendlich 129 nach drei Jahren analysiert werden. Somit sind 54 PartizipantInnen ausgeschieden - Diese Ausfallrate ist in Ordnung.

2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided? YES

Zusätzlich zur Verblindung der AssessorInnen wurden die TeilnehmerInnen gebeten, ihre Behandlungszuteilung den InterviewerInnen nicht preiszugeben.

2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention? YES

Die Größe beider Gruppen am Ende der Studie ist vergleichbar.

Wheel of Wellness Counseling in Community Dwelling, Korean Elders: A Randomized, Controlles Trial

S1. Are there clear research questions? YES

S2. Do the collected data allow to address the research question? YES

2.1. Is randomization appropriately performed? YES

Das Sample wurde nach dem Geschlecht stratifiziert. Der Prozess der Randomisierung wurde von StudienmitarbeiterInnen durchgeführt, welche nicht direkt in den Datensammlungsprozess involviert war. Ebenso wurde eine Zahlentabelle genutzt, um die Randomisierung zu gewährleisten.

2.2. Are the groups comparable at baseline? YES

2.3. Are there complete outcome data? YES

Von 93 eingeschlossenen TeilnehmerInnen konnten 89 analysiert werden.

2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided? CAN'T TELL

Es wird keine Verblindung erwähnt, jedoch wird bei den Schwächen der Studie genannt, dass die Kontroll- und Interventionsgruppe nicht verblindet waren.

2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention? YES

Das Verhältnis der Größe beider Gruppen blieb relativ gleich.

Evaluation of an education and follow-up programme for implantable cardioverter defibrillator-implanted patients

S1. Are there clear research questions? YES

S2. Do the collected data allow to address the research question? YES

Die Zahl der inkludierten TeilnehmerInnen ist jedoch gering.

5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question? YES

Es sollen einerseits Erfahrungen erhoben werden, welche am besten mit einem qualitativen Design dargestellt werden können und andererseits auch bestimmte Werte, welche am besten mit einem quantitativen Forschungsdesign erhoben werden können.

5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question? YES

5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted? YES

5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed? YES

5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?

siehe “Qualitativer Ansatz” und “Quantitativer Ansatz”

Qualitativer Ansatz:

5.5./1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research questions? YES

Ein phänomenologischer Ansatz ist für diese Studie passend.

5.5./1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research questions? YES

Ein semi-strukturiertes In-Depth-Interview ist passend, um möglichst umfassende Einblicke zu bekommen.

5.5./1.3. Are the findings adequately derived from the data? YES

Die Daten wurden in Kategorien und Themen eingeteilt, Unstimmigkeiten wurden diskutiert bis ein Konsens erreicht wurde.

5.5./1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data? YES

Obwohl keine Zitate verwendet worden sind, wurden viele Beispiele angeführt, die einen guten Überblick über die Erfahrungen und Probleme der TeilnehmerInnen gewährleisten.

5.5./1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? YES

Quantitativer Ansatz:

5.5./2.1. Is randomization appropriately performed? YES

Die PartizipantInnen wurden in Sequenzen (1:1) in Kontroll- und Interventionsgruppe randomisiert.

5.5./2.2. Are the groups comparable at baseline? YES

Zum Zeitpunkt der Ersterhebung gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Außerdem sind die TeilnehmerInnen in beiden Gruppen jeweils gleich stark vertreten (27 pro Gruppe).

5.5./2.3. Are there complete outcome data? YES

Es werden keine Ausfälle erwähnt.

5.5./2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided? CAN'T TELL

Es wird keine Verblindung erwähnt.

5.5./2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention? YES

Depression Treatment for Impoverished Mothers by Point-of-Care Providers

S1. Are there clear research questions? YES

Es wird keine Forschungsfrage gestellt, jedoch sind die Ziele klar beschrieben.

S2. Do the collected data allow to address the research question? YES

2.1. Is randomization appropriately performed? YES

Die InterviewerInnen wurden verblindet. Zusätzlich wurden andere InterviewerInnen angefordert, um zumindest bei einem diagnostischen Gespräch dabei zu sein, ihre eigenen Bewertungen zu schreiben, welche später verglichen wurden, und so Unterschiede diskutiert wurden. Außerdem wird die Art der Randomisierung (in Blöcken von drei) mithilfe einer Computer generierten Randomisierungssequenz von 2:1 (Intervention : Keine Intervention), welche von unabhängigen StatistikerInnen durchgeführt wurde, gut beschrieben. Die TeilnehmerInnen selbst waren sich jedoch der Gruppenzuteilung bewusst.

2.2. Are the groups comparable at baseline? NO

Während in der Interventionsgruppe 39 Mütter teilnahmen, befanden sich nur 21 in der Kontrollgruppe. Dies kann ein Hinweis für ein Problem bei der Randomisierung sein.

2.3. Are there complete outcome data? YES

66 TeilnehmerInnen wurden randomisiert, jedoch konnten nur 60 analysiert werden. Die Ausfallsrate von 10% ist annehmbar.

2.4. *Are outcome assessors blinded to the intervention provided? YES*

Ein/e StudienkoordinatorIn gewährleistete die Zuteilung der LV-AnbieterInnen und der TeilnehmerInnen nach der Auswertung von unabhängigen StatistikerInnen, um eine Randomisierung zu gewährleisten.

2.5. *Did the participants adhere to the assigned intervention? YES*

Das Verhältnis der Ausfallrate beider Gruppen blieb ungefähr gleich.

Applicability of acceptance and commitment therapy-based mobile app in depression nursing

S1. *Are there clear research questions? YES*

Es gibt keine Forschungsfrage, jedoch wird das Ziel der Forschung gut erläutert.

S2. *Do the collected data allow to address the research questions? YES*

15 TeilnehmerInnen sind für diese Studie (Phänomenologie) angemessen.

1.1. *Is the qualitative approach appropriate to answer the research questions? YES*

Ein phänomenologischer Ansatz ist passend für diese Studie, da die subjektiven Erfahrungen mit der mobilen App erhoben werden.

1.2. *Are the qualitative data collection methods adequate to address the research questions?*

CAN'T TELL

Ein semistrukturiertes Interview ist für diese Studie passend, jedoch können dadurch, dass die Interviews in Gruppen geführt worden sind, andere TeilnehmerInnen von bestimmten Aussagen beeinflusst worden sein.

1.3. *Are the findings adequately derived from the data? YES*

Es wurde der Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse verwendet. Die ForscherInnen hörten sich Interviewaufnahmen unabhängig voneinander an, analysierten unabhängig voneinander und gruppieren die Kategorien.

1.4. *Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data? YES*

Die Interpretationen wurden mit vielen Zitaten begründet.

1.5. *Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? YES*

A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions

S1. Are there clear research questions? YES

Die Ziele wurden klar definiert, jedoch gibt es keine ausformulierten Fragen.

S2. Do the collected data allow to address the research question? YES

1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research questions? YES

Der Ansatz einer "Grounded Theory" ist für diese Studie passend, da soziale Interaktionen untersucht werden.

1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research questions? YES

In-Depth-Interviews und Memos zu schreiben sind adäquat für die Erhebung der Daten. Die Durchführung der Interviews per Telefon scheint passend zu sein, da so mehr TeilnehmerInnen erreicht werden konnten. Jedoch könnten durch diese Methode Beobachtungen verloren gegangen sein, welche bei Face-to-Face-Interviews genutzt werden hätten können.

1.3. Are the findings adequately derived from the data? YES

Die Transkriptionen wurden von den AutorInnen gelesen und in eine Software zur qualitativen Datenanalyse eingegeben, um Rigor zu gewährleisten. Weitere Analysen wurden nach dem konstruktivistischen Grounded-Theory-Ansatz durchgeführt.

1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data? YES

Durch die vielen Zitate konnten die gesammelten Daten gut hervorgehoben werden.

1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation? YES

The Effect of Dance on Depressive Symptoms in Nursing Home Residents

S1. Are there clear research question? YES

Es gibt keine Forschungsfrage, jedoch wird das Ziel gut geschildert.

S2. Do the collected data allow to address the research question? YES

2.1. Is randomization appropriately performed? CAN'T TELL

Der genaue Randomisierungsprozess wird nicht beschrieben, jedoch wird erwähnt, dass die TeilnehmerInnen randomisiert und die ForschungsassistentInnen verblindet worden sind. In der Diskussion wird als Schwäche der Studie genannt, dass die Pflegeheime nicht randomisiert ausgewählt wurden.

2.2. Are the groups comparable at baseline? YES

Die Interventions- und die Kontrollgruppe sind zum Erhebungsbeginn vergleichbar. Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede. Es gibt auch keine wesentlichen Unterschiede in der Gruppengröße.

2.3. Are there complete outcome data? YES

Die Rücklaufquote betrug 85% und ist angemessen für die Studie. Die Ausfallrate umfasste 54 TeilnehmerInnen.

2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided? YES

Alle ForschungsassistentInnen, die Daten erhoben haben, wurden verblindet.

2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention? CAN'T TELL

Die Ausfallrate umfasste 54 TeilnehmerInnen, jedoch wird nicht beschrieben, wie viele der Personen in welcher Gruppe ausgefallen sind.