

Pflegepersonal nach Patientengewalt in der Akutpsychiatrie

**Psychische Folgen und
Unterstützungsmassnahmen**

Eine Literaturübersicht

Bachelorarbeit

Von

Emanuel Lottaz

Deborah Steiner

Promotion 2013-2016

Erstgutachterin: Regula Bucher Grossrieder

Hochschule für Gesundheit, Freiburg
Studiengang Pflege

14. Juli 2016

Danksagung

Die Autoren der Arbeit bedanken sich bei Regula Bucher Grossrieder, Dozentin an der Fachhochschule Gesundheit in Fribourg, für die Begleitung und Betreuung des Arbeitsprozesses. Ebenso geht ein Dank an Laurent Zemp, Pflegefachmann BScN, für die Zweitbeurteilung. Für die Unterstützung bei den anfänglichen Datenbankrecherchen durch Monika Walter, Dozentin der Fachhochschule Gesundheit Fribourg, waren die Autoren dankbar. Frau Prof. Dr. Sabine Hahn, Leiterin im Bereich angewandte Wissenschaften der Fachhochschule Bern, hat durch ihre Hinweise zur Literatursuche unterstützend beigetragen.

Familien und Freunden sowie den weiteren Studierenden der Klasse danken die Autoren für die emotionale Unterstützung und Geduld während der Erarbeitung der vorliegenden Bachelorarbeit. Einen besonderen Dank widmen die Autoren dabei folgenden Personen: Livia Peter, Kollegin und Pflegefachfrau HF, Marie-Therese Lottaz-Bättig und Rita Steiner-Lötscher, Mütter der Autoren, für ihre Korrekturvorschläge und Marjorie Berset, Mitstudierende, für das Korrekturlesen des französischen Abstracts.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	6
1.1. Problemstellung	6
1.2. Fragestellung	9
1.3. Ziel	9
2. Theoretischer Bezugsrahmen	10
2.1. Der Begriff Pflegepersonal	10
2.2. Der Begriff Gewalt	11
2.3. Psychische Folgen belastender Ereignisse	12
2.3.1. Die akute Belastungsreaktion.....	12
2.3.2. Anpassungsstörung.....	13
2.3.3. posttraumatische Belastungsstörung	14
3. Methode	16
3.1. Ein- und Ausschlusskriterien	16
3.2. Literaturrecherche.....	16
3.3. Studiendesigns	20
3.4. Ethische Aspekte	20
4. Resultate	22
4.1 Psychische Folgen bei Pflegepersonal nach Patientengewalt	22
4. 2. Interventionen zur Unterstützung	23
5. Diskussion	26
5.1. Überlegungen zu den psychischen Folgen.....	26
5.2. Überlegungen zu den Unterstützungsmassnahmen.....	28
5.3. mögliche Folgen für Institutionen	30
5.4. Methodenkritik	31
5.4.1. Stärken und Schwächen der einbezogenen Studien.....	31
5.4.2. Stärken und Schwächen der vorliegenden Literaturübersicht.....	32

6. Schlussfolgerungen	34
6.1 Beantwortung der Fragestellung	34
6.2 Schlussfolgerung für die Berufspraxis.....	34
6.3 Schlussfolgerung für weitere Recherchen und Forschung.....	35
6.4. Schlussfolgerung für die Ausbildung.....	36
7. Literaturverzeichnis.....	37
8. Tabellenverzeichnis.....	39
9. Abkürzungsverzeichnis	40
10. Anhang.....	41
10.1. Raster für die kritische Beurteilung von Studien (Behrens und Langer) ..	41
10.2. Kritische Beurteilungen der ausgewählten Studien	45
10.2.1. Interventionsstudien	45
10.2.2. Qualitative Studien.....	59
10.3. Tabellarische Übersichten zu den ausgewählten Studien.....	78
10.3.1. Interventionsstudien	78
10.3.2. Qualitative Studien.....	84
10.4. Unterstützungsgruppe: Inhalte und Ziele der zwölf Sessionen	95
10.5. Evidenzhierarchien von Studien.....	100
10. 6. Selbstständigkeitserklärung	101

Abstract / Zusammenfassung

Hintergrund: Gewaltereignisse können in psychiatrischen Akutstationen nicht immer vermieden werden. Pflegende sind unter allen Gesundheitsberufen am häufigsten von Gewalt betroffen, welche überwiegend von Patienten ausgeht. Bisher wurde vorwiegend physischen Folgen von Patientengewalt Aufmerksamkeit geschenkt. Welche psychischen Folgen bei Pflegepersonal auftreten können und wie mögliche Unterstützung aussehen könnte, wurde weniger thematisiert.

Fragestellung: Was sind die beschriebenen psychischen Folgen bei Pflegepersonal nach erlebter Patientengewalt in der Akutpsychiatrie und welche Unterstützungsmassnahmen werden empfohlen?

Methode: Es wurde eine Literaturübersicht zu den psychischen Folgen von Patienten-übergriffen auf Pflegende und mögliche Unterstützungsmassnahmen zusammengestellt. Dazu erfolgte eine Datenbankrecherche auf CINAHL und PsycInfo.

Ergebnisse: Es wurden zwei qualitative Studien gefunden, welche die psychischen Folgen bei Pflegepersonal nach erlebter Patientengewalt beschreiben. Wut und Angst sind häufig. Ebenfalls werden andere Folgen beschrieben, die sich auch auf das Berufs- und Privatleben der Betroffenen auswirken. Zwei qualitative und zwei quantitative Studien zu Unterstützungsmassnahmen wurden gefunden. Gruppeninterventionen werden als wirksame Unterstützung bezeichnet.

Schlussfolgerungen: Das Erleben von Patientengewalt stellt für Pflegende ein belastendes Ereignis dar. Werden die psychischen Folgen nicht ernst genommen, können Symptome posttraumatischer Belastung bestehen bleiben. Pflegequalität und interdisziplinäre Zusammenarbeit können ebenfalls darunter leiden. Das Risiko für erneute Gewalt kann erhöht sein. Gruppenunterstützungsprogramme können empfohlen werden, erweiterte Forschung zur Verallgemeinerbarkeit, geeigneten Zeitpunkten und Inhalten sowie alternativen Möglichkeiten sind jedoch erforderlich.

Schlüsselbegriffe: Patientengewalt, Pflegepersonal, Akutpsychiatrie, psychische Folgen, Unterstützung

Resumé

Contexte : Dans les services de psychiatrie aiguë, les incidents violents ne peuvent pas toujours être évités. De tous les professionnels de la santé, le personnel soignant est le plus souvent concerné par la violence. Cette dernière est provoquée la plupart du temps par les patients. Jusqu'à présent, l'attention a été principalement portée sur les conséquences physiques découlant d'une expérience de violence. Les conséquences psychiques ainsi que les interventions de soutien possibles ont moins été thématiques.

Question de recherche : Quelles sont les conséquences psychiques d'un acte de violence de la part d'un patient sur le personnel soignant en psychiatrie aiguë et quelles sont les interventions de soutien proposées ?

Méthode : Une revue de littérature a été rédigée sur les conséquences psychiques d'un acte de violence de la part d'un patient sur le personnel soignant et sur les interventions de soutien possibles. Dans ce but, une recherche scientifique a été effectuée dans les banques de données CINAHL et PsycInfo.

Résultats : Deux études qualitatives décrivant les conséquences psychiques d'un acte de violence de la part d'un patient sur le personnel soignant ont été trouvées. La colère et la peur apparaissent fréquemment. D'autres conséquences sur la vie privée et professionnelle des soignants ont été décrites. Deux études qualitatives et deux études quantitatives proposant des interventions de soutien ont été trouvées. Les interventions en groupe se sont révélées efficaces.

Conclusion : Une expérience violente de la part d'un patient est considérée comme un événement pesant pour le personnel soignant. Des symptômes de stress posttraumatique peuvent persister quand les conséquences psychiques ne sont pas prises au sérieux. La qualité des soins et le travail interdisciplinaire peuvent également être altérés. Le risque qu'un nouvel épisode de violence survienne peut augmenter. Des groupes de soutien peuvent être proposés mais des recherches élargies sur leur généralisation, le moment approprié, leur contenu ainsi que des possibilités alternatives sont nécessaires.

Mots-clés : violence de la part d'un patient, personnel soignant, psychiatrie aiguë, conséquences psychiques, soutien

1. EINLEITUNG

Zwei Studierende des Studiengangs Bachelor of Science in Nursing (BScN) haben sich im Rahmen der Bachelorarbeit an der Fachhochschule Gesundheit in Fribourg mit Patientengewalt in der Psychiatrie befasst. Im Unterricht und in den Praktika wurde zuvor thematisiert, was Risikofaktoren für Gewalt durch Patienten sind und wie das Aggressions- und Gewaltpotential von Patienten systematisch anhand verschiedener Instrumente eingeschätzt werden kann. Ebenso wurden Erklärungsansätze zur Entstehung von aggressivem Verhalten und Modelle zur Deeskalation kennen gelernt. Was aber geschieht, falls Pflegepersonal trotzdem Opfer von gewalttätigen Patienten wird? Die bisherigen Erfahrungen der Ausbildungspraktika und erste Literaturrecherchen zum Einlesen ins Themengebiet zeigten auf, dass in solchen Fällen kaum standardisierte Vorgehensweisen in den Institutionen bestehen. Dass Patientengewalt psychische Folgen für betroffene Pflegende haben, ist gut vorstellbar. Wie dieses Thema wissenschaftlich erforscht wurde, hat die Autoren interessiert.

Im folgenden Abschnitt wird die Problemstellung erläutert. Es folgen Begriffsdefinitionen und theoretische Grundlagen. Ein Überblick zu den psychischen Folgen bei Pflegenden nach erlebter Patientengewalt und zu Unterstützungsmassnahmen aus wissenschaftlichen Studien bilden den Hauptteil der Arbeit. Es folgt eine Analyse der Resultate und Schlussfolgerungen aus Sicht der Autoren.

1.1. Problemstellung

Gewalt und Aggression tragen weltweit dazu bei, dass das Gesundheitswesen ein schwieriges Berufsfeld ist (Walter, Nau & Oud, 2012). In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens kommt Gewalt vor. Pflegepersonal ist im Vergleich zu den übrigen Gesundheitsberufen am häufigsten davon betroffen. Laut dem Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK, 2001) wird Gewalt an Pflegenden überwiegend von Patienten ausgeübt. Präventive Massnahmen können Situationen, die zu gewalttätigen Verhaltensweisen führen können, frühzeitig erkennen und in vielen Fällen abfangen oder mildern. Vermieden werden kann Patientengewalt dennoch nicht immer (Walter et al., 2012).

Gehäuft kommt bedrohliches, zuweilen gewalttätiges Verhalten in Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen vor (Schirmer et al., 2006). In psychiatrischen Akutstationen stellen Aggression und Gewalt weltweit ein häufiges und ernsthaftes Problem dar (Abderhalden et al., 2007). Die Ansätze moderner klinischer Psychiatrie haben sich in den vergangenen Jahrzehnten gewandelt.

Die offenere Führung von Stationen, ein vielfältiges und patientenorientierteres Therapieangebot sowie das Arbeiten mit Behandlungsvereinbarungen und Therapieverträgen verhindern das Fortbestehen von gewalttätigem Verhalten jedoch nicht vollständig. In psychiatrischen Akutstationen halten sich Menschen in teilweise schwierigsten Krisensituationen und/oder mit schweren psychiatrischen Zustandsbildern auf, was zu einem erhöhten Aggressionspotenzial führt. Verstärkt werden kann dies zusätzlich durch den häufig vorhandenen Druck einer möglichst kurzen Aufenthaltsdauer und die Anforderungen an die Betroffenen, sich schnell und intensiv mit ihrer Situation auseinanderzusetzen und Veränderungsschritte einzuleiten (Walter et al., 2012). Gewaltsame Übergriffe durch Patienten sind die häufigsten gemeldeten Arbeitsunfälle in psychiatrischen Kliniken (Schirmer et al., 2006).

Walter et al. (2012) betonen, dass sich Gewalt auf die Qualität von Pflegeleistungen kontraproduktiv auswirkt. Die therapeutisch geprägte Arbeitsbeziehung von Patienten und Pflegenden kann durch gewalttätige Verhaltensweisen beeinträchtigt werden. Angesichts der Tatsache, dass betroffene Pflegenden im Behandlungs- und Betreuungsprozess immer mit anderen Personen interagieren, ist es nachzuvollziehen, dass sich die Folgen des Erlebten auch auf den weiteren Umgang mit Arbeitskollegen/Arbeitskolleginnen auswirken. Aggression und Gewalt haben auch finanzielle Auswirkungen auf die Institution.

Die Konfrontation mit Gewalt beeinträchtigt nicht nur das berufliche sondern auch das private Leben der Pflegenden. Ihre Reaktion auf Gewaltereignisse ist aufgrund von Faktoren wie Persönlichkeit, gelernten (bewussten oder unbewussten) Verhaltensmustern, der Umgebung und gesellschaftlichen Erwartungen unterschiedlich (SBK, 2001). Auswirkungen gehen teilweise so weit, dass die Arbeitsstelle gekündigt oder der Pflegeberuf ganz verlassen wird (Walter et al., 2012). Die offizielle Meldung der Fälle von Patientengewalt wird laut SBK (2001) trotz dieser Folgen als gering eingeschätzt, es wird von Meldungen eines Fünftels der tatsächlichen Gewaltereignisse gesprochen. Viele Pflegenden fühlen sich von den Institutionen nicht ernst genommen. Zudem sind laut Richter und Berger (2009) die genutzten Meldesysteme der meisten Institutionen primär auf die körperlichen Folgen ausgerichtet. Die gleichen Autoren betonen, dass die Relevanz von psychischen Folgen in vielen Einrichtungen kaum bekannt ist, weshalb sie nicht die notwendige Beachtung erhalten. Walter et al. (2012) bestätigen, dass vor allem die psychischen und sozialen Folgen oft übersehen, nicht weiterverfolgt und unterschätzt werden. Das Personal scheint es oft als Teil des Berufs akzeptiert zu haben, zum Beispiel beschimpft oder gekniffen zu werden.

Die Thematik der psychischen Folgen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Patientengewalt im Gesundheitswesen bedarf nach Ansicht von Richter und Berger (2009) in Folge dieser Tatsachen größerer Aufmerksamkeit. Der SBK (2007) betont in einer Broschüre zu Gefahren und Berufsrisiken für das Pflegepersonal, dass das Ergreifen der richtigen Massnahmen im Umgang mit Gefahren und Risiken im Pflgeberuf sowohl in der Verantwortung des Pflegepersonals als auch des Arbeitgebers liegt. In erster Linie liegt es in der Verantwortung des Arbeitgebers, alle nach der Erfahrung notwendigen Massnahmen zu treffen, damit sich die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld nicht negativ auf das Wohlbefinden, die Sicherheit sowie die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auswirken.

Pflegende müssen laut Walter et al. (2012) mit hinreichenden theoretischen Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten auf den Gebieten Prävention, Krisenbewältigung und der Nachsorge von Gewaltereignissen ausgestattet werden. Dabei ist ein institutionelles Sicherheitsmanagement im Umgang mit Aggression und Gewalt nötig.

Für die Implementierung von Interventionen stellen klare Aussagen zur Evidenzlage und Nachweise der Wirksamkeit wichtige Argumente dar. Aktuell bestehen jedoch grosse Defizite bezüglich deren Verfügbarkeit. Die wissenschaftliche Untersuchung psychischer Folgen und möglicher Massnahmen nach Patientengewalt steht international gesehen erst am Anfang. Nur für wenige Interventionen zum Umgang damit im Gesundheitswesen liegt eine ausreichende Zahl von Studien mit ausreichenden Qualitätskriterien zur Beurteilung der Wirksamkeit vor. Aufgrund ihrer Natur bezüglich Forschungsaufwand, die Anwendung von als hochwertig geltenden Forschungsdesigns sowie aufgrund ethischer Überlegungen sind Interventionen unterschiedlich schwer zu untersuchen (Walter et al., 2012).

1.2. Fragestellung

Die Fragestellung dieser Arbeit lautet: Was sind die beschriebenen psychischen Folgen beim Pflegepersonal nach erlebter Patientengewalt in der Akutpsychiatrie und welche Unterstützungsmassnahmen werden empfohlen?

Die Darstellung im PICO-Schema¹ hat zum Ziel, die anschliessende Literaturrecherche zu vereinfachen:

P (Population): Pflegepersonal

I (Phänomen², Intervention): psychische Folgen von Patientengewalt, Unterstützungsmassnahmen

Co (Kontext): Akutpsychiatrie

1.3. Ziel

Die Literaturübersicht soll im ersten Teil einen Überblick zu psychischen Folgen beim Pflegepersonal nach erlebter Patientengewalt geben. Das Hauptaugenmerk soll im zweiten Teil der Arbeit auf Empfehlungen zur möglichen Unterstützung des betroffenen Pflegepersonals liegen.

¹ von der McMaster University in Chicago (USA) entwickelte Darstellung zur Formulierung einer recherchierbaren Fragestellung

² Aus dem Englischen: Phenomena of **interest**

2. THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

2.1. Der Begriff Pflegepersonal

Der Berufsbereich Pflege umfasst mehrere Ausbildungen und Abschlüsse. International sind die Bezeichnungen verschieden. Die folgende Tabelle gibt der Einfachheit halber einen Überblick über die in der Schweiz aktuellen Berufsbezeichnungen:

Tabelle 1: Berufsgruppen der Pflege (SBK, 2015)

Berufsbezeichnung	Ausbildungsniveau	Erklärungen
Diplomierte/r Pflegefachfrau/Pflegefachmann FH	Abschluss auf Tertiärniveau A Fachhochschule (Bachelor)	Höhere Berufsbildung. Voraussetzung ist eine (Berufs- /Fach-/Gymnasiale Maturität)
Diplomierte/r Pflegefachfrau/Pflegefachmann HF	Abschluss auf Tertiärniveau B Höhere Fachschule	Höhere Berufsbildung. Voraussetzung ist ein Abschluss auf Sekundärniveau (Lehre oder Maturität)
Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis zur/zum Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe)	Sekundärniveau II mit oder ohne Berufsmaturität	Grundausbildung, klassische Lehre, die nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit absolviert werden kann (drei Jahre)
Eidgenössisches Berufsattest zum/zur Assistent/in Gesundheit und Soziales (AGS)	Sekundärniveau II	Attestausbildung, die nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit absolviert werden kann (zwei Jahre)

Es wird ersichtlich, dass unter dem Überbegriff Pflegepersonal einerseits Pflegefachpersonen mit Abschluss auf Tertiärniveau sowie Pflegeassistentenpersonal verstanden werden (SBK, 2015). In den Studien, deren Ergebnisse unter Punkt 4 der Arbeit dargestellt sind, wurden jeweils Pflegepersonal beider Stufen einbezogen.

2.2. Der Begriff Gewalt

Die Autoren dieser Arbeit haben in der Literatur keine einheitliche Definition des Begriffs „Gewalt“ gefunden. Die Schwierigkeit einer genauen wissenschaftlichen Definition wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2003) bestätigt. Sie betont, dass je nach dem, von wem und zu welchem Zweck eine Definition erfolgt, diese unterschiedlich ausfallen kann. Walter et al. (2012) weisen zudem auf einen Aspekt hin, welcher den Autoren ebenfalls aufgefallen ist: Eine vollkommene Abgrenzung der Begriffe « Aggression » und « Gewalt » ist nicht möglich. Aggressions- und Gewaltereignisse im Gesundheitswesen und ihre Folgen müssen, so betonen Walter et al. (2012), verhindert und aufgefangen werden, wofür es insgesamt gleichgültig ist, welche exakte Definition verwendet wird.

Auf die Definition der WHO (1996, zit. in WHO, 2003, S. 6) wird in dieser Arbeit näher eingegangen:

Gewalt ist der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation³ führt.

Diese Definition weitet durch den Einbezug von Drohungen und Einschüchterungen den inhaltlichen Bereich über das physische Handeln hinweg aus (WHO, 2003). Auch die Studien, welche für diese Arbeit analysiert wurden (s. Abschnitt 4), befassten sich nicht ausschliesslich mit physischer Gewalt. Interessant an der WHO-Definition ist auch, dass sie bereits auf die Folgen eingeht und psychische Schäden erwähnt.

Im „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ der WHO (2003) erfolgt eine weitere Unterteilung des Gewaltbegriffs in drei Kategorien, in Bezug darauf, von wem die Gewalt ausgeht: Gewalt gegen die eigene Person, zwischenmenschliche Gewalt und kollektive Gewalt. Die zwischenmenschliche Gewalt spielt sich zwischen nicht miteinander verwandten und nicht notwendigerweise bekannten Personen ab und wird normalerweise ausserhalb des Zuhauses, beispielsweise im institutionellen Umfeld verübt. In diesen Bereich ist Patientengewalt auf Pflegepersonal in der Akutpsychiatrie einzuordnen.

³ In der Psychologie wird unter Deprivation Folgendes verstanden: Mangel, Verlust, Entzug von etwas Erwünschtem; Liebesentzug (Duden, 2016).

2.3. Psychische Folgen belastender Ereignisse

Lieb, Frauenknecht und Brunnhuber (2012) beschreiben kritische Lebensereignisse als Vorkommnisse, die einschneidende Veränderungen in der alltäglichen Lebensführung mit sich bringen und den bestehenden Lebensentwurf eines Menschen bedrohen. Typische Situationen sind zum Beispiel der plötzliche Verlust des Arbeitsplatzes oder ein schwerer Unfall. Solche Lebensereignisse können mehrere Formen psychischer Reaktionen auslösen. Die ICD-10 (International Classification of Diseases)⁴ fasst diese in einer Gruppe zusammen. In die Gruppe fallen akute Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Das Einwirken eines äusseren Faktors wird in der Klassifikation als notwendige, ursächliche Belastung für das Auftreten der Symptomatik betrachtet.

2.3.1. Die akute Belastungsreaktion

Innerhalb von Minuten bis zu einer Stunde nach einem aussergewöhnlich belastenden Ereignis tritt bei dieser Form der Belastungsreaktion laut Lieb et al. (2012) eine ausgeprägte Symptomatik auf. In der ersten Phase nach dem Ereignis tritt charakteristisch zunächst ein Gefühl von Betäubung oder innerer Leere auf, begleitet von weiteren körperlichen und psychischen Symptomen. Antriebsminderung, sozialer Rückzug und Desinteresse folgen meist in einer zweiten Phase. Gelegentlich werden auch motorische Hyperaktivität, Gefühle von Verzweiflung, Angst, Panik und Ärger mit verbal aggressivem Verhalten oder ein dissoziativer Stupor⁵ beobachtet. Nicht selten kommt es zu einer dritten Phase mit Symptomen wie herabgesetzte Stimmungslage und anderen Zeichen eines depressiven Syndroms. Nach acht bis 48 Stunden klingen die Symptome meist wieder ab. Die betroffenen Personen wiesen zuvor keine manifeste psychische Erkrankung auf. Beispiele für Ereignisse, die eine akute Belastungsreaktion auslösen können, sind überwältigende traumatische Geschehnisse wie Gewaltverbrechen oder schwere Unfälle mit ernsthafter Bedrohung für den Betroffenen oder eine geliebte Person.

⁴ Die ICD-10 ist eine internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen. Sie wird von der WHO erstellt. In der Schweiz wird für die Kodierung der Diagnosen die „German Modification“ verwendet. Diese basiert auf der WHO-Version und wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information erstellt (Bundesamt für Statistik, 2016).

⁵ «Dissoziativer Stupor wird aufgrund einer beträchtlichen Verringerung oder des Fehlens von willkürlichen Bewegungen und normalen Reaktionen auf äussere Reize wie Licht, Geräusche oder Berührung diagnostiziert. Dabei lassen Befragung und Untersuchung keinen Anhalt für eine körperliche Ursache erkennen (Krollner & Krollner, 2016)».

Für die Entwicklung der Störungen spielen neben dem traumatisierenden Ereignis auch individuelle Aspekte wie neurobiologische Faktoren (Neigung zu starken vegetativen Reaktionen bei Stress), die Entwicklungs- und Lerngeschichte, sowie spezifische Persönlichkeitszüge eine Rolle.

2.3.2. Anpassungsstörung

Nach Lieb et al. (2012) wird unter einer Anpassungsstörung eine vorwiegend emotionale Symptomatik verstanden, die nach einem belastenden Lebensereignis psychischer oder physischer Art auftritt. Die Symptome sind sehr variabel und reichen von depressiver Stimmungslage, Angst, Besorgnis oder Gefühlen von Überforderung und Hilflosigkeit bis zu Reizbarkeit, Anspannung und Aggressivität mit dissozialem⁶ Verhalten. Auch vegetative Symptome wie Herzklopfen, Zittern, muskuläre Anspannung oder Schlafstörungen treten oftmals auf. Am häufigsten sind jedoch depressive und ängstliche Reaktionsformen. Unter den Symptomen leiden Betroffene erheblich. Sie wirken sich negativ auf deren Alltag aus (soziale Beziehungen, berufliche Leistungsfähigkeit). Die Symptomatik beginnt innerhalb eines Monats nach dem auslösenden Ereignis. Sie dauert länger als bei der akuten Belastungsreaktion, normalerweise maximal sechs Monate. Bei der Entstehung der Anpassungsstörung wird zusätzlich zum auslösenden Ereignis der individuellen Vulnerabilität eine grössere Bedeutung zugeschrieben als bei den weiteren Störungen der Gruppe. Individuelle lebensgeschichtliche Ereignisse, Persönlichkeitszüge, verfügbare Bewältigungsstrategien und genetische Faktoren beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, dass nach dem Ereignis eine Anpassungsstörung auftritt. Insbesondere die subjektive Einschätzung der belastenden Situation und die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten bestimmen, ob das kritische Ereignis adäquat bewältigt werden kann oder ob psychische Symptome auftreten.

⁶ Dissozial: aufgrund bestimmten Fehlverhaltens nicht oder nur bedingt in der Lage, sich in die Gesellschaft einzuordnen (Duden, 2016)

2.3.3. posttraumatische Belastungsstörung

Nach ICD-10 sind Ereignisse, die eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auslösen können, extrem traumatische Situationen aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden. Eine Person erfährt selbst eine schwere Verletzung oder eine Bedrohung der psychischen Integrität oder wird Zeuge eines solchen Geschehens. Beispiele für Belastungen dieser Art sind schwere Unfälle, Kampfhandlungen oder Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung und andere Verbrechen (Lieb et al., 2012).

Charakteristisch für eine PTBS sind drei Symptomkomplexe:

- **Wiedererinnern des Traumas:** sich wiederholt aufdrängende Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen), ungewolltes Abspielen des Ereignisses vor dem inneren Auge, Wiedererleben von Körpersensationen (z.B. Schmerz) oder Sinneseindrücke (z.B. Körpergerüche, äussere Merkmale des Täters), Gefühl des erneuten Durchlebens eines traumatischen Ereignisses (Flashbacks), typischerweise auch vegetative Reaktionen mit intensiver Angst und Flucht Tendenzen, häufig Schlafstörungen, Alpträume, Erinnerungslücken (Lieb et al., 2012).

- **Vermeidungsverhalten und Einschränkung der allgemeinen Reagibilität:** Versuch, die Konfrontation mit den auslösenden Stimuli zu vermeiden, Schilderung von Entfremdung und Isolation von wichtigen Bezugspersonen, veränderte Selbstwahrnehmung, negative Sicht der Zukunft, Einschränkung des affektiven Erlebens (z.B. keine zärtlichen, liebevollen Gefühle mehr gegenüber Familienangehörigen), Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, abnehmendes Interesse an bisherigen Aktivitäten (Lieb et al., 2012).

- **Erhöhtes Erregungsniveau (Arousal):** erhöhte psychische Reagibilität (äussert sich durch Reizbarkeit, Anspannung, Wutausbrüche, Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz und Konzentrationsschwierigkeiten), vegetative Zeichen wie die Neigung zu Herzklopfen, Schweissausbrüchen, Zittern, Schlafstörungen oder Unfähigkeit zu entspannen, Gefühle von Ärger und Wut, Empfinden von ständigem Druck, verbale Aggressionen oder Unfähigkeit, bestimmte Situationen aushalten zu können, gelegentlich aggressive Handlungen wie z.B. Selbstverletzung, selten auch Verletzung anderer Personen (Lieb et al., 2012)

Die Symptomatik führt zu erheblichen negativen Konsequenzen in allen Lebensbereichen der Betroffenen. Viele schämen sich angesichts der Symptome und denken, diese selbst in den Griff bekommen zu müssen. Teilweise machen sie auch die Erfahrung, in ihrem Leiden nicht ernst genommen zu werden. Aus diesem Grund begeben sie sich selten direkt in psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung.

In vielen Fällen besteht die Störung vor einer möglichen Diagnose und adäquaten Behandlung über längere Zeit. (Lieb et al., 2012).

Die Störung beginnt in der Regel einige Wochen bis Monate nach dem traumatisierenden Ereignis. Bei den meisten Traumatisierten remittiert die Symptomatik innerhalb weniger Wochen. Die Dauer der Störung hängt auch mit der Art des Traumas zusammen (Lieb et al., 2012).

3. METHODE

Die Bachelorarbeit wird in Form einer Literaturübersicht dargestellt. Mayer (2011) beschreibt diese Methode als Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes zu einem bestimmten Thema, wobei einer bestimmten Fragestellung gefolgt wird. Nach einer gründlichen Datenbankrecherche werden für die Zusammenfassung Studien nach bestimmten Kriterien ausgewählt oder ausgeschlossen. Dieses Vorgehen entspricht den Anforderungen und den angestrebten Kompetenzen für eine wissenschaftliche Arbeit auf Bachelor-Niveau, welche in den aktuellen Durchführungs- und Beurteilungsrichtlinien der Fachhochschule Westschweiz (2014) beschrieben sind. Die Synthese der Forschungsergebnisse mittels statistischer Berechnungen, wie sie in Metaanalysen durchgeführt wird (Mayer, 2011), entspricht nicht dem Bildungsstand und den zur Verfügung stehenden Ressourcen der Autoren im dritten Bachelorstudienjahr.

3.1. Ein- und Ausschlusskriterien

Nach dem Formulieren der Forschungsfragen wurden Ein- und Ausschlusskriterien für das Einbeziehen von Literatur in die Übersicht festgelegt.

Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien waren:

- Stichproben bestanden mehrheitlich aus Pflegepersonal
- Tätigkeit der Teilnehmer/innen im akutpsychiatrischen Setting
- Die Teilnehmenden haben Gewalt durch Patienten bei der Arbeit erlebt.
- Die Resultate der Studien bezogen sich vorwiegend auf psychische Folgen bei Pflegenden und/oder Unterstützungsmassnahmen.

Ausschlusskriterien für die Auswahl der Studien waren:

- Durchführung ausschliesslich im forensischen Psychiatriesetting, in somatischen Akutspitälern, Notfallkliniken oder Pflegeheimen
- Unterstützungsmassnahmen für Patienten standen im Vordergrund
- Pflegende wurden Zeugen von Gewalt unter Patienten
- Mobbing oder sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz standen im Vordergrund
- Beschreiben und Testen von Präventions- und Deeskalationsmassnahmen

3.2. Literaturrecherche

Bei der Literaturrecherche geht es laut Mayer (2011) darum, den aktuellen Stand der Forschung eines Themas zu erfassen. Es gilt offen zu sein und nicht nur Studien zu suchen, die sich mit der eigenen Meinung decken. Die Literaturrecherche ist ein Prozess, für den genügend Zeit eingeplant werden muss, wenn man sich gründlich informieren möchte.

Sie setzt sich aus drei Teilen zusammen:

1. Bestimmen des Untersuchungsgegenstandes

Dabei wird festgelegt, was untersucht werden soll. Je klarer dies ist, desto einfacher können Studien gefunden werden. Durch eine Grobrecherche können Suchwörter gefunden werden, welche der systematischen Literatursuche dienen. Für die Formulierung der Forschungsfrage wird das PICO-Schema verwendet (Mayer, 2011).

2. Recherche

Bei der Recherche muss festgelegt werden, welche Suchhilfen (Instrumente) verwendet werden. Dabei können Studien in der Bibliothek, in Datenbanken, Suchmaschinen im Internet oder in Informationsvermittlungsstellen gesucht werden. Für die Suche werden zusätzlich Suchbegriffe formuliert. Allenfalls können Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt werden (Mayer, 2011).

3. Bewertung, Lektüre und Kritik

Beim Lesen der Studien geht es auch darum, Zusammenfassungen zu schreiben. Diese sind hilfreich bei der Bearbeitung der Studien. Des Weiteren sollten die Studien kritisch beurteilt werden um zu überprüfen, ob sie glaubwürdig sind. In einem letzten Schritt werden die Informationen synthetisiert. Dabei werden die verschiedenen Daten zusammengeführt (Mayer, 2011).

Für die Literaturrecherche wurden für die vorliegende Arbeit die Datenbanken verwendet, welche von der Fachhochschule Gesundheit Fribourg kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Die Studien für die Literaturübersicht wurden auf den Datenbanken EBSCOHost (CINAHL) und Ovid PsycInfo gefunden.

Zum Verfassen des Proposals für die Bachelorarbeit und zum Einlesen in die Thematik nutzten die Autoren im November und Dezember 2015 die Datenbanken. Nach Annahme des Proposals wurden zwischen Januar 2016 und April 2016 weitere Datenbankrecherchen durchgeführt, um Studien für die Bachelorarbeit zu finden.

Folgende englischen Suchbegriffe wurden für die Datenbankrecherche verwendet:

Akutpsychiatrie	mental health hospital, psychiatry, psychiatric hospitals, psychiatric inpatient unit, psychiatric ward
Nachbesprechung	debriefing, discussion, management core, meeting, review, talk
Patientengewalt	aggressive incident, assault, patient assault, patient violence, violence, violent incident, workplace violence
Pflegepersonal	mental health nurses, nurse, nurses, nursing staff, psychiatric nursing, psychiatric nurses
psychische Folgen	aftermath, consequences, emotions, feelings, mental stress, psychic effect, psychosocial impact
Unterstützungsmassnahmen	aid, assistance, care, psycho-social care, social support, support, support group

Bei der Suche der einzelnen Studien zeigte sich im Verlauf des Arbeitsprozesses, dass unter den Begriffen der Nachbesprechung zu wenig Studien gefunden werden konnten. Der Begriff «Nachbesprechung» wurde folglich durch «Unterstützungsmassnahmen» ersetzt. Im Verlauf der Datenbankrecherchen konnten die Suchbegriffe fortlaufend erweitert werden bis die Autoren die sechs Studien für die Literaturübersicht gefunden haben.

Auf der Datenbank von EBSCOHost (CINAHL) sind Studien im Bereich des Gesundheitswesens, darunter Pflege, zu finden. PsycInfo gehört zu den Datenbanken von Ovid und beinhaltet Studien zum Thema Psychologie und psychologieverwandten Themen (Rektorenkonferenz der Schweizer Hochschulen, 2016).

In der Tabelle auf der nachfolgenden Seite sind die Suchverläufe dargestellt, durch welche in den genannten Datenbanken sechs Studien für die vorliegende Literaturübersicht gefunden wurden.

Die Autoren haben die gefundenen Studien mit Hilfe der Raster für qualitative Studien und Interventionsstudien von Behrens und Langer (2010) kritisch beurteilt (Anhänge 10.1. und 10.2.).

Tabelle 2: Resultate der Datenbankrecherche

Datenbank	CINAHL	PsycInfo
Suchbegriffe und Operatoren	Patient assault AND psychiatric nursing AND workplace violence	Patient violence AND support group
Limiten	Keine	Keine
Anzahl gefundene Studien	77	11
Anzahl ausgewählte Studien	4	2
Autoren, Jahr, Titel der Studien	<p>Nhiwatiwa (2003): The effects of single session education in reducing symptom of distress following patient assault in nurses working in medium secure settings</p> <p>Inoue, Kaneko & Okamura (2011): Evaluation of the Effectiveness of a Group Intervention Approach for Nurses Exposed to Violent Speech or Violence Caused by Patients: A Randomized Controlled Trial</p> <p>Baby, Glue & Carlyle (2014): "Violence is Not Part of Our Job": A Thematic Analysis of Psychiatric Mental Health Nurses' Experiences of Patient Assaults from a New Zealand Perspective</p> <p>Jack, LeGris, O'Mara & Stevenson (2015): Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study</p>	<p>Lanza, Demaio & Benedict (2005): Patient assault support group: Achieving educational objectives</p> <p>Lanza, Schmidt, McMillan, Demaio & Forester (2011): Support Our Staff- A Unique Program to Help Deal with Patient Assault</p>

3.3. Studiendesigns

In die Literaturübersicht wurden sowohl qualitative als auch quantitative Studien einbezogen. Beim qualitativen Studiendesign geht es laut Mayer (2011) darum, das subjektive Krankheitserleben als Grundlage für pflegerische Handlungen aufzuzeigen. Bei der Entwicklung von Instrumenten zur standardisierten Erfassung und Quantifizierung von Zuständen und bestimmten Phänomenen wird das qualitative Studiendesign ebenfalls eingesetzt. Der qualitative Ansatz wird auch verwendet um neue Theorien zu bilden.

Die quantitative Pflegeforschung wird auch angewendet, um Pflegewissen zu erweitern. Mit dem Design können die Häufigkeit von Pflege- und therapeutisch relevanten Phänomenen erkannt werden. Der richtige Einsatz und die Wirksamkeit von Behandlungs- oder Pflegemethoden können überprüft werden. Es wird dadurch ermöglicht, den Pflege-, Behandlungs- und Betreuungsbedarf von Patienten abzuleiten. Mit dem quantitativen Design können Messinstrumente überprüft oder weiterentwickelt werden (Mayer, 2011).

3.4. Ethische Aspekte

Bei der Forschung mit Menschen ist das Thema Ethik wichtig. Es sollte beachtet werden, dass keine belastenden Nebenwirkungen für die Teilnehmer/innen von Studien entstehen. Bei der Pflegeforschung ist es deshalb wichtig, die gleichen Standards wie im Pflegealltag zu beachten. Dies sind Pflichten, um die Menschenwürde und die Rechte der Personen zu schützen und zu wahren (Mayer, 2011).

Auch wenn sie unterschiedlich gehandhabt werden, basieren alle forschungsethischen Richtlinien auf der biomedizinischen Ethik. Deren Prinzipien werden von drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsrechts abgeleitet (Mayer, 2011):

1. umfassende Information und freiwillige Zustimmung.
2. Anonymität
3. Schutz des Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden

In der Schweiz existieren Ethikkommissionen, welche im Verein „Swissethics“ zusammengeschlossen sind (Swissethics, 2011). Die Aufgabe der Ethikkommissionen ist zu prüfen, ob und wie weit die ethischen Standards bei der Durchführung von Studien eingehalten werden. Die Ethikkommission kann jedoch nicht selbst darüber entscheiden, ob eine Studie durchgeführt wird. Mit der Kommission möchte man erreichen, dass nicht eine einzelne Person über die ethischen Standards entscheidet. Eine Ethikkommission ist aus Personen verschiedener Berufsgruppen zusammengesetzt.

Besonders wichtig ist die Zustimmung einer Ethikkommission, wenn die Studienteilnehmer/innen nicht im vollen Umfang über den Verlauf und Zweck der Studie informiert werden. Sie untersucht neben dem Einhalten der ethischen Prinzipien auch den Nutzen der Studie (Mayer, 2011).

Weil die vorliegende Bachelorarbeit eine Übersicht von Resultaten bereits durchgeführter Studien darstellt, musste im Voraus kein Antrag bei einer Ethikkommission gestellt werden. Die Autoren haben jedoch bei der kritischen Beurteilung der Studien darauf geachtet, ob ethische Prinzipien beim Vorgehen berücksichtigt wurden.

4. RESULTATE

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse aus sechs Studien zusammengefasst. Der erste Teil gibt einen Überblick zu den psychischen Folgen bei Pflegepersonal nach erlebter Patientengewalt. Im zweiten Teil werden Interventionen präsentiert, welche zur Unterstützung der Betroffenen entwickelt worden sind.

4.1 Psychische Folgen bei Pflegepersonal nach Patientengewalt

In den Studien von Baby, Glue und Carlyle (2014) und von Jack, LeGris, O'Mara und Stevenson (2015) wurde beschrieben, dass Pflegende nach dem Erleben von Patientengewalt Angst hatten. Jack et al. (2015) beschrieben nicht nur die Angst, sondern äusserten, dass diese grösser war wenn die Person sich als Primärziel der Gewalt sah und das Gefühl hatte, die Situation nicht im Griff zu haben. Geringer war die Angst hingegen wenn die Gewalt gegen die Institution gerichtet und das Pflegepersonal ein zufälliges Opfer war. Der Gedanke, dass der Vorfall auch schlimmer hätte ausgehen können, ängstigte die Pflegenden.

Ebenfalls wurde in beiden Studien beschrieben, dass die Pflegenden nach dem Erleben der Patientengewalt wütend waren (Baby et al., 2014 und Jack et al., 2015). Jack et al. (2015) differenzierten bei der Wut, dass diese gegen den gewalttätigen Patienten gerichtet war, wenn die Pflegenden glaubten, die Gewalt sei mit Absicht ausgeübt worden. Die Pflegenden waren wütend auf das Team und die Ärzte, wenn sie glaubten, nicht genügend Unterstützung erhalten zu haben.

In den Studien von Baby et al. (2014) und Jack et al. (2015) beschrieben die Pflegenden den Einfluss der Patientengewalt auf ihr Privatleben. Baby et al. (2014) beschrieben, dass die psychischen Folgen Burnout, Verlust des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls sich auf das Privatleben auswirkten.

Bei der Studie von Jack et al. (2015) beschrieben die Pflegenden, eine erhöhte Wachsamkeit und verschärfte Wahrnehmung entwickelt zu haben, welche sich auch im Privatleben bemerkbar machte. Diese Wachsamkeit war über Wochen oder Monate präsent. Die gleichen Autoren erwähnen zudem, dass der Substanzkonsum von Alkohol und Nikotin beim Pflegepersonal nach der erlebten Patientengewalt gestiegen ist.

In der Studie von Jack et al. (2015) äusserten die Pflegenden, nach dem Gewalterlebnis zurückhaltender im Kontakt mit Patienten gewesen zu sein und weniger Mitgefühl für die Patienten empfunden zu haben. Andere Pflegende neigten dazu, schneller Medikamente zu verabreichen oder Zwangsmassnahmen einzuleiten, um sich zu schützen.

Teilweise hatten die Opfer Gedankenstörungen (Konzentrationsstörungen Denkblockaden). Die Gefühle beim Wiedereinstieg waren unabhängig von der Länge der Krankenschreibung die gleichen. Sie hatten Angst, wie Kollegen sie wahrnehmen und sorgten sich um ihre Sicherheit, wenn der betroffene Patient noch auf der Station war (Jack et al., 2015).

Baby et al. (2014) beschrieben als weitere Folgen der Patientengewalt erhöhte Frustration, Verletzlichkeit, Groll und Erschöpfung.

4. 2. Interventionen zur Unterstützung

In der randomisierten Kontrollstudie von Inoue, Kaneko und Okamura (2011) wurde die Wirksamkeit eines Gruppeninterventions-Ansatzes bezüglich Reduktion psychischer Symptome bei Pflegepersonal nach erlebter Patientengewalt getestet. Die Interventionsgruppe bestand aus 30, die Kontrollgruppe aus 32 Psychiatriepflegenden. Eine auf Psychotherapie basierende Diskussion war Teil der Intervention. Schwerpunkte waren Coping-Strategien, psychische Folgen und Stress-Management. Zusätzlich gehörten während vier Wochen einmal wöchentlich während 90 Minuten progressive Muskelentspannung und Bildtherapie als verhaltenstherapeutische Massnahmen dazu. Die Analyse der Daten ergab einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe in Bezug auf die Veränderung der Symptome Intrusion ($p=0.40$), Vermeidung ($p=0.006$) und erhöhtes Erregungsniveau ($p=0.001$). Ebenso statistisch signifikante Unterschiede wurden für Anspannung/Angst ($p<0.001$) sowie für depressive Symptome ($p=0.035$) festgestellt. Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich in Bezug auf Ärger/Wut ($p=0.881$), Energie ($p=0.120$), Müdigkeit ($p=0.288$) und Verwirrtheit ($p=0.289$).

In einer qualitativen Studie von Lanza, Demaio und Benedict (2005) wurden die Inhalte einer Unterstützungsgruppe für betroffene Pflegende sowie deren persönliche Bewertung zum Nutzen der Massnahme beschrieben. Das Ziel der Unterstützungsgruppe war es, die negativen Konsequenzen bei Pflegepersonal zu mindern, welches Patientengewalt erlebt hat. Die Unterstützungsgruppe basierte auf einem psychoedukativen Ansatz. Den Pflegenden sollten aktuelle Informationen aus der Forschung und Coping-Strategien vermittelt werden, um mit der Gewalterfahrung besser zurechtzukommen.

Zwei Mal wöchentlich traf sich die Gruppe von 10 Teilnehmer/innen für jeweils eine Stunde. Insgesamt fanden 12 Sessionen über zwei Wochen statt. Eine Autorin der Studie leitete die Gruppentreffen. Jede Session hatte einen bestimmten thematischen Fokus:

- Session 1: Einführung und Austausch der Erfahrungen mit Gewaltereignissen
- Session 2: Statistische Daten und Kategorisierung der Opferreaktionen
- Sessionen 3 und 4: Analyse der Erfahrungen mit Gewaltereignissen
- Session 5: Beziehung zu den Patienten
- Session 6: Beziehungen im Team
- Session 7: Verhältnis mit der Familie
- Session 8: Schuldzuweisung
- Session 9: Rollenkonflikt
- Session 10: Interventionen
- Session 11: Coping-Strategien
- Session 12: Entwicklung eines persönlichen Plans

Im Anhang 10.4. befindet sich eine ausführlichere Beschreibung der Sessionsziele und -inhalte.

Zu Beginn der Treffen wurden durch die Gruppenleiterin auf aktueller Forschung basierende Informationen zu den Schwerpunkten abgegeben. Die Teilnehmer wurden anschließend zu einem Austausch ihrer Erfahrungen aufgefordert. Für jedes Gruppentreffen wurden verhaltensbezogene Ziele formuliert. Die Teilnehmer/innen wurden am Ende der Sessionen gebeten, ihre persönliche Zielerreichung zu evaluieren. Insgesamt gaben die Teilnehmer/innen an, die Ziele fast vollständig erreicht zu haben. Auch die Beiträge der Gruppenleiterin wurden positiv bewertet. Die Pflegenden gaben an, sich besser zu fühlen, da sie über längere Zeit an einen Ort hingehen konnten, an dem sie sich durch die gemachte Erfahrung nicht andersartig gefühlt haben. Durch die offenen Diskussionen haben sie bemerkt, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht alleine sind.

Sechs Jahre später veröffentlichten Lanza, Schmidt, McMillan, Demaio und Forester (2011) eine weitere qualitative Studie. Das beschriebene Programm mit dem Namen «Support our Staff (SOS)» war gleich aufgebaut wie das bereits im letzten Abschnitt beschriebene Gruppenunterstützungsprogramm von Lanza et al. (2005). Unterschiedlich war die Anzahl der Teilnehmer/innen (n=8) und die Durchführung, welche nur einmal wöchentlich, dementsprechend über 12 Wochen stattfand. Das teilnehmende Pflegepersonal hat das Programm als sehr hilfreich empfunden und sich gewünscht, dieses in der Institution beizubehalten.

Obwohl jede Session einen vorgegebenen Rahmen hatte, fanden oft freie Diskussionen statt. Dies bewirkte, dass die Teilnehmer/innen einander gegenseitig Unterstützung boten und sich weniger alleine fühlten. Die Teilnehmer/innen erwähnten, dass sie sich auf den Umgang mit zukünftig gewalttätigen Verhaltensweisen besser vorbereitet fühlten.

Die randomisierte Kontrollstudie von Nhiwatiwa (2003) untersuchte die Wirksamkeit einer kurzen pädagogischen Intervention auf die Reduzierung des Leidensdrucks bei Pflegenden nach erlebter Patientengewalt. Die Intervention bestand aus der Abgabe einer Broschüre über Effekte von Traumata und deren Bewältigung. Jeweils vor und nach der Abgabe der Broschüre wurden Messungen in der Kontroll- und Interventionsgruppe durchgeführt. Die Vergleiche der Gesamtwerte ergaben bei einem Messinstrument keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf den Leidensdruck ($p=0.34$). Beim zweiten Messinstrument war zu erkennen, dass die Interventionsgruppe eine signifikante Verschlechterung der gemessenen Symptome aufwies ($p=0.03$).

5. DISKUSSION

5.1. Überlegungen zu den psychischen Folgen

Die in der Problemstellung erwähnte Tatsache, dass den psychischen Folgen in Institutionen wenig Beachtung geschenkt wird (Richter & Berger, 2009), könnte dazu führen, dass Pflegende bei sich selbst nach Fehlern in Bezug auf das erlebte Gewaltereignis suchen. Werden Pflegende nach erlebter Gewalt durch Patienten nicht ernst genommen oder sogar beschuldigt, kann dies möglicherweise zum Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, sowie Wut und Frustration führen. All diese Folgen wurden in der Studie von Baby et al. (2014) beschrieben. Es kann vermutet werden, dass bei längerem Nichtbeachten der psychischen Symptome, dem Versuch von Seiten der betroffenen Pflegenden, diese zu verdrängen oder bei fehlender Unterstützung, die von Baby et al. (2014) erwähnten Folgen von Erschöpfung und Burnout auftreten. Pflegende könnten versuchen, möglichst die gleiche Leistung zu erbringen wie vor dem Gewaltereignis.

Sie würden sich allenfalls nicht zugestehen, dass sie Unterstützung benötigen. Führen diese Umstände auf Dauer zu längerer Arbeitsabwesenheit oder Kündigung, können für die betroffenen Pflegenden und deren Familien finanzielle Ausfälle entstehen. Falls die Folgen der Patientengewalt einen Spitalaufenthalt und/oder Rehabilitation der Pflegenden erfordern oder diese eine Umschulung absolvieren, entstehen auch für die Gesellschaft Kosten.

Der Einfluss der Symptome auf das Privatleben des betroffenen Pflegepersonals wird in den beiden Studien von Baby et al. (2014) und Jack et al. (2015) zu psychischen Folgen nach Patientengewalt betont. Die im theoretischen Teil dieser Arbeit beschriebene Tatsache, dass Reaktionen auf belastende Ereignisse Auswirkungen auf alle Lebensbereiche von Betroffenen haben (Lieb et al, 2013), wird dadurch unterstrichen.

In den Studien von Baby et al. (2014) und Jack et al. (2015) werden Angst und Wut als häufigste Folge der Gewalt beschrieben. Bezüglich Wut wurde im theoretischen Teil unter Abschnitt 2.3. beschrieben, dass diese laut Lieb et al. (2012) bei akuten Belastungsreaktionen sowie auch bei einer PTBS auftritt und mit aggressiven Verhaltensweisen einhergehen kann. Wird die Wut, wie das beim Pflegepersonal in der Studie von Jack et al. (2015) der Fall war, gegenüber von Patienten, dem Team und Ärzten empfunden, könnte das bedeuten, dass die betroffenen Pflegenden möglicherweise aggressives Verhalten gegenüber diesen Personen zeigen. Darunter würde sicherlich die professionelle Zusammenarbeit leiden und die Bereitschaft zur Unterstützung der betreffenden Person womöglich sinken.

Angst kommt bei allen im theoretischen Teil beschriebenen Reaktionen auf belastende Ereignisse als Symptom vor. Besonders bei Anpassungsstörungen sind ängstliche Reaktionen charakteristisch (Lieb et al., 2012). Interessant ist, dass in der Studie von Jack et al. (2015) Unterschiede in der Ausprägung des Angstgefühls je nach Ziel der Gewalt beschrieben sind. Die an dieser Studie teilnehmenden Pflegenden scheinen wahrgenommen oder interpretiert zu haben, worauf die erlebte Patientengewalt abzielte. Dies könnte mit dem Aspekt zusammenhängen, dass die Vulnerabilität jeder Person, wie Lieb et al. (2012) beschreiben, einen Einfluss auf die Art und Stärke von Symptomen nach belastenden Ereignissen hat. Je nach bereits gemachten Erfahrungen und Persönlichkeitsmerkmalen haben Pflegende das Ereignis und dessen Ursachen möglicherweise unterschiedlich interpretiert, worauf das Gefühl der Angst nicht bei allen gleich ausgeprägt war.

Wenn Pflegende Angst vor einem Patienten haben, kann dies zur Folge haben, dass sie sich zurückziehen und den Kontakt mit diesem Patienten versuchen zu meiden. Der von Jack et al. (2015) beschriebene Umstand, dass Pflegende nach erlebter Patientengewalt tatsächlich zurückhaltender im Kontakt mit Patienten sind, wird auch in den Reaktionen einer Anpassungsstörung nach belastenden Ereignissen (Lieb et al., 2012) beschrieben. Zudem ist Vermeidungsverhalten ein zentraler Aspekt beim Auftreten einer PTBS (Lieb et al., 2012). Das verminderte Mitgefühl gegenüber dem Patienten, welches Jack et al. (2015) ebenfalls erwähnen, könnte möglicherweise eine Folge der bei PTBS vorkommenden Einschränkung des affektiven Erlebens (Lieb et al., 2012) sein.

Der distanziertere Umgang und das verminderte Mitgefühl mit dem Patienten, der Gewalt ausgeübt hat, können dazu führen, dass Pflegende weniger auf den Patienten eingehen können. Nicht nur die Tatsache, dass die Pflegequalität, wie in der Problemstellung bereits erwähnt, durch die psychischen Folgen leidet (Walter et al., 2012), wird hiermit veranschaulicht. Es könnten beispielsweise auch Risikoverhalten für erneute Gewaltereignisse nicht erkannt werden. Kommen unter Umständen noch die von Jack et al. (2015) ebenfalls beschriebenen Folgen der schnelleren Einleitung von Zwangsmassnahmen und vermehrter Medikamentengabe hinzu, könnte die Bereitschaft zu erneuter Gewalt beim Patienten verstärkt werden. Es würde ein Teufelskreis entstehen, in dem die Sicherheit von Patienten und Pflegepersonal gefährdet wäre.

Das erwähnte schnellere Verabreichen von Medikamenten oder das Einleiten von Zwangsmassnahmen können als Zeichen von Hypervigilanz interpretiert werden. Jack et al. (2015) erwähnen in ihrer Studie, dass bei den Pflegenden die erhöhte Wachsamkeit über Wochen und Monate bestehen blieb. Das Symptom in dieser zeitlichen Beständigkeit kommt auch bei einer PTBS vor (Lieb et al., 2012).

Jack et al. (2015) nannten auch Konzentrationsstörungen und Denkblockaden als Folge von Patientengewalt, was Zeichen eines erhöhten Erregungsniveaus bei einer PTBS sind (Lieb et al., 2012). Selbst wenn die Pflegenden nach dem Gewaltereignis nicht mehr mit dem betreffenden Patienten arbeiten, können sich Konzentrations- und Denkstörungen auf die professionelle Pflege anderer Patienten auswirken und Fehlerquoten drohen zu steigen.

Abgesehen von der erhöhten Wachsamkeit wurde in den Studien nicht näher darauf eingegangen, zu welchem Zeitpunkt die einzelnen psychischen Folgen aufgetreten sind und wie lange sie bestehen blieben. Im theoretischen Teil wird ersichtlich, dass bei der Unterscheidung verschiedener psychischer Störungen vor allem das unterschiedlich schnelle Auftreten und die Dauer der Symptomkomplexe eine Rolle spielen (Lieb et al., 2012). Ausserdem ist davon auszugehen, dass die bereits im Zusammenhang mit Angst erwähnte Vulnerabilität einen Einfluss auf die individuelle Ausprägung aller psychischen Folgen hat. Es ist deshalb aus Sicht der Autoren dieser Arbeit gut möglich, dass Interventionen zur Unterstützung entsprechend der Zeit, die seit dem Ereignis bereits vergangen ist, und den individuellen Bedürfnissen angepasst werden müssen.

5.2. Überlegungen zu den Unterstützungsmassnahmen

In den Studien von Inoue et al. (2011) und Lanza et al. (2005, 2011) wurden vorwiegend Gruppeninterventionen zur Unterstützung des Pflegepersonals nach Patientengewalt getestet. Gemeinsam ist diesen Interventionen, dass offene Diskussionen unter Betroffenen mit bestimmten Schwerpunkten unter der Leitung einer Fachperson stattfinden.

In den Studien von Lanza et al. (2005, 2011) wurden die Schwerpunkte ausgeführt. Wie genau die Auswahl der genannten Diskussionsschwerpunkte erfolgte, wird aus den Studien nicht ersichtlich. Sie schienen aufgrund der positiven Beurteilung jedoch den Bedürfnissen der Teilnehmenden angepasst gewesen zu sein. Inoue et al. (2011) erwähnten lediglich Beispiele der diskutierten Schwerpunkte, so dass die Struktur der Diskussionen und damit die Vorstellung, wie die Intervention in die Berufspraxis übertragen werden könnte, weniger ersichtlich wurden. Bei der von Lanza et al. (2005, 2011) getesteten Gruppendiskussion wurden durch die Gruppenleiterin zusätzlich Informationen zu den Schwerpunkten abgegeben, bei der von Inoue et al. (2011) beschriebenen Gruppenintervention haben verhaltenstherapeutische Massnahmen (progressive Muskelentspannung und Bildtherapie) die Diskussionen ergänzt. Welche Teile der Interventionen jeweils verstärkt zu einem verbesserten psychischen Befinden bei den Teilnehmenden geführt haben oder ob genau die Kombination dies bewirkte, konnte aus den Studien nicht eindeutig gelesen werden.

Das persönliche Erleben und die Folgen der Patientengewalt, sowie die Strategien im Umgang damit, konnten bei beiden Gruppeninterventionen ausgetauscht werden. In den beiden qualitativen Studien von Lanza et al. (2005, 2011) gingen die Teilnehmer vor allem darauf ein, dass durch die Äusserung von Gefühlen, welche sonst vielleicht unterdrückt geblieben wären, in der Gruppe das Gefühl ausgelöst wurde, nicht alleine zu sein und nicht die Schuld für das Ereignis zu tragen. Eine bewusste Auseinandersetzung mit den Auswirkungen auf die eigene Persönlichkeit, die Arbeit und die Familie konnte stattfinden. Durch den offenen Austausch, Feedbacks und Unterstützung der anderen Gruppenteilnehmer konnte ein Umgang mit dem Ereignis und dessen Folgen gefunden werden, was die Teilnehmer/innen als nützlich und wichtig empfunden haben. Die Gruppenintervention aus der Studien von Inoue et al. (2011) hatte auf einige in Abschnitt 4.1. dieser Arbeit zusammengefassten psychischen Folgen einen mildernden Einfluss (Vermeidung und erhöhtes Erregungsniveau). Hingegen war die Verminderung der häufig genannten Folge Ärger/Wut nicht signifikant. Das Symptom der Angst wurde in der Studie nicht gemessen und eine Aussage über deren Minderung durch die Intervention wurde demzufolge nicht gemacht. Der insgesamt trotzdem positive Effekt der beiden Interventionen, die in Gruppen stattgefunden haben, könnte ein Hinweis darauf sein, warum bei der Abgabe einer Broschüre an Pflegende nach erlebter Patientengewalt, wie sie Nhiwatiwa (2003) testete, keine signifikante Verminderung des Leidensdrucks gemessen werden konnte. Der direkte Austausch mit anderen Personen könnte möglicherweise gefehlt haben. Ebenfalls kann das Lesen über die Effekte eines Traumas in der Broschüre bereits vorhandene Ängste möglicherweise verstärkt haben.

Die aus der Studie von Jack et al. (2015) entnommene Äusserung von Pflegenden, dass der Gedanke an ein noch schlimmeres Ereignis das Angstgefühl verstärkt hat, unterstreicht die Vermutung.

Ein Aspekt, der in den Studien nur bedingt erwähnt wurde, ist die parallel zur Intervention mögliche Unterstützung durch Personen aus der Familie, dem Freundeskreis, etc. Diese könnte die Verminderung von psychischen Folgen ebenfalls beeinflusst haben.

Die getesteten Gruppeninterventionen setzten zu verschiedenen Zeitpunkten in Bezug auf das Erlebnis der Gewalt ein. In den Studien von Lanza et al. (2005, 2011) wurde erwähnt, dass die erlebte Gewalt kürzlich erfolgte. Einige Teilnehmenden sind jedoch bereits mehrere Male in ihrer Karriere Opfer von Patientengewalt geworden. Der in der Studie von Inoue et al. (2011) berechnete Median der Zeitspanne zwischen erlebter Gewalt und Einsetzen der Intervention lag bei fünf Monaten in der Interventions- und bei sechs Monaten in der Kontrollgruppe. Die Streuung war in beiden Gruppen jedoch gross.

Das erneute Aufgreifen der Tatsache, dass unterschiedliche psychische Symptomkomplexe in verschiedenen zeitlichen Abständen nach einem belastenden Ereignis auftreten (Lieb et al., 2012), liess die Autoren dieser Arbeit Überlegungen machen, zu welchem Zeitpunkt eine Gruppenintervention am besten geeignet ist. Vor allem stellt sich die Frage, ob alternative Methoden zu bestimmten Zeitpunkten, wie zum Beispiel unmittelbar nach dem Ereignis, bessere Effekte aufweisen würden. Bei der akuten Belastungsreaktion, welche unmittelbar nach dem Ereignis auftreten kann, sind beispielsweise Antriebsminderung, sozialer Rückzug und Desinteresse möglich (Lieb et al., 2012). Es kann gut sein, dass Pflegende in dieser Phase schwierig zugänglich sind für Gespräche und das Äussern ihrer Gefühle in einer Gruppe für sie ein weiterer Stressfaktor sein könnte. Eine vorübergehende Gefühlsleere, wie sie Lieb et al. (2012) im Zusammenhang mit akuten Belastungsreaktionen ebenfalls beschreiben, könnte die Durchführung einer Gruppenintervention zu einem frühen Zeitpunkt zusätzlich erschweren. Unabhängig vom Zeitpunkt entspricht die offene Diskussion in der Gruppe vermutlich nicht jeder Person. Die Tatsache, dass in den Studien von Lanza et al. (2005, 2011) und Inoue et al. (2011) offene Gespräche schnell entstanden sind, lässt jedoch vermuten, dass die Gemeinsamkeit des Erlebten gegenseitiges Vertrauen schneller entstehen lassen kann. Die Gruppengrößen waren bei beiden Interventionen relativ klein und die Gruppen blieben über den gesamten Interventionszeitraum gleich, was den Vertrauensaufbau höchstwahrscheinlich begünstigte.

5.3. mögliche Folgen für Institutionen

Würde Pflegepersonal aufgrund stark ausgeprägter psychischer Folgen von erlebter Patientengewalt ausfallen oder sich umschulen lassen, hätte dies personelle und finanzielle Konsequenzen für die betreffenden Institutionen. Die Suche nach neuen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und deren Einarbeitung würde auch zeitliche Ressourcen beanspruchen. Zeit, Finanzen und geeignetes Personal wären ebenso für die Bezahlung und Schulung von Fachpersonen erforderlich, welche beispielsweise die Leitung der bereits beschriebenen Gruppendiskussionen und ergänzenden Aktivitäten wie progressiver Muskelentspannung und Bildtherapie übernehmen würden.

5.4. Methodenkritik

5.4.1. Stärken und Schwächen der einbezogenen Studien

Die tabellarischen Übersichten im Anhang 10.3. beinhalten Stärken und Schwächen der einzelnen Studien. Folglich wird zusammenfassend für alle Studien auf einzelne Aspekte eingegangen.

Vier der sechs Studien haben ein qualitatives Design. In der klassischen Evidenzhierarchie (Anhang 10.5) werden diese Studien bezüglich Aussagekraft und Verallgemeinerbarkeit tief eingestuft. Geht es jedoch um das Erfassen von Erlebtem, wie dies bei psychischen Folgen nach Patientengewalt der Fall ist, stehen qualitative Studien in der Evidenzhierarchie höher (Anhang 10.5). Die beiden qualitativen Studien von Baby et al. (2014) und Jack et al. (2015), konnten für den Überblick über die psychischen Folgen demzufolge zweckmässiger verwendet werden als diejenigen von Lanza et al. (2005, 2011) für den Überblick zu Interventionen. Zur Veranschaulichung von Tatsachen aus Sicht von Beteiligten, als Ergänzung zu quantitativen Studien, können qualitative Studien jedoch auch Nutzen aufweisen (Mayer, 2011). Wenn die Effektivität von Interventionen nachgewiesen werden soll, sind randomisierte Kontrollstudien nach systematischen Reviews, welche für die vorliegende Literaturübersicht nicht verwendet werden durften, am besten geeignet (Anhang 10.5). Für diese Arbeit wurden zu den Interventionen zwei randomisierte Kontrollstudien gefunden (Nhiwatiwa, 2003 und Inoue et al., 2011). Mayer (2011) erwähnt bezüglich Forschung im Bereich der Pflege, dass bei der Herstellung von Evidenz in der Pflege an randomisierten Kontrollstudien kritisiert werden kann, dass keine Vorhersagen auf individueller Ebene gemacht werden und eindeutige kausale Schlussfolgerungen unter den Bedingungen der Pflegeforschung selten gezogen werden können. Viele Einflussfaktoren können nicht kontrolliert werden, und Bedingungs Konstanz herzustellen ist oft nicht möglich. Ein Beispiel dafür wäre der unter Punkt 5.2. diskutierte Zeitpunkt, an dem eine Intervention einsetzt. Pflegende bei einer Intervention auszuschliessen, bei denen das Ereignis beispielsweise länger zurückliegt, würde die Gruppe homogener machen, wäre jedoch nach Meinung der Autoren ethisch fragwürdig. Noch mehr veranschaulicht werden kann die Tatsache dadurch, dass bei keiner Studie die soziale Unterstützung ausgeschaltet werden kann, welche parallel zur Intervention stattfindet und die Minderung der Symptome beeinflussen kann. Betroffenen den Kontakt zu unterstützenden Personen zu verbieten, wäre nach Ansicht der Autoren ethisch unvertretbar. Eine geeignete Methode, den Aspekt ohne den Ausschluss von Teilnehmern zu beachten, ist der von Inoue et al. (2011) durchgeführte statistische Test bezüglich Unterschieden zwischen den Gruppen. Der Test wurde jedoch nur zu Beginn der Intervention durchgeführt, im Verlauf könnten sich die Unterschiede verändert haben.

Vier von sechs Studien wurden vor der Durchführung einer Ethikkommission vorgelegt. In den Studien von Lanza et al. (2005, 2011) wird diesbezüglich nichts erwähnt. Bei allen Studien wurde bestätigt, dass die Teilnahme der Probandinnen/Probanden freiwillig war. Zu Beginn der Gruppendiskussionen (Lanza et al, 2005, 2011) wurde vertraglich festgehalten, dass Informationen vertraulich behandelt werden. Diese Aspekte entsprechen ebenfalls der Berücksichtigung ethischer Aspekte (s. Punkt 3.4.).

Die Stichproben aller verwendeten Studien waren eher klein. Bei keiner Studie wurde ein Test zur Bestimmung einer aussagekräftigen Stichprobengrösse erwähnt. Um die Ergebnisse auf ganze Populationen zu übertragen, müssten vorwiegend die quantitativen Datenerhebungen mit grösseren Stichproben erfolgen. Bei zwei der vier qualitativen Studien (Baby et al., 2014 und Jack et al., 2015) wurde erwähnt, dass die Datenerhebung bis zur Sättigung erfolgte, was bei diesen Studien nach Behrens und Langer (2010) einem Qualitätskriterium entspricht.

Eine explizite Forschungsfrage wurde lediglich in der Studie von Jack et al. (2015) formuliert. Die übrigen Studien erwähnten ausschliesslich das Ziel.

Die Rekrutierung der Probanden wurde in allen Studien ausführlich beschrieben. Bei der Studie von Inoue et al. (2011) bestand ein Rekrutierungs-Bias, da an der Intervention interessierte Pflegende aufgrund von zeitlicher Verfügbarkeit nicht einbezogen wurden.

Die Probanden der Studien haben teilweise körperliche, teilweise verbale oder beide Formen von Gewalt erlebt. Es ist höchstwahrscheinlich, dass die psychischen Folgen sich je nach erlebter Gewalt unterscheiden oder zumindest unterschiedlich stark vorhanden sind. Diese Aspekte wurden in den Studien nicht diskutiert. Aufwand und Kosten einer allfälligen Implementierung der getesteten Interventionen wurde in keiner Studie thematisiert.

5.4.2. Stärken und Schwächen der vorliegenden Literaturübersicht

Die Autoren erachten es als Stärke, dass die Wahl der Population in dieser Arbeit einen direkten Bezug zum Pflegeberuf herstellt. Zum künftigen Umgang mit Patienten können keine direkten Empfehlungen aus der Arbeit resultieren. Jedoch bekommen Pflegende Anhaltspunkte, wie und weshalb sie sich am Arbeitsplatz für ihre eigene Gesundheit und damit indirekt auch für verbesserte Pflegequalität einsetzen können.

Die Suche nach Studien zu psychischen Folgen und Unterstützungsmassnahmen erfolgte mit wenig Einschränkungen. Die Möglichkeit für einen, dem Ziel der Autoren entsprechenden, vielfältigen Überblick zu den beiden Punkten, war dadurch grundsätzlich vorhanden. Zu Beginn der Datenbankrecherchen haben die Autoren viel Zeit benötigt, um geeignete Suchbegriffe und Kombinationen zu finden.

Wäre mehr Erfahrung mit Recherchen dieser Art vorhanden gewesen, hätten sich wahrscheinlich mehr, ausführlichere und aktuellere Resultate ergeben. Schlussendlich ist bis auf die Studie von Nhiwatiwa (2003), deren Intervention keine signifikanten Effekte auf die Minderung von psychischen Folgen nach erlebter Patientengewalt hatte, keine einbezogene Studie dieser Arbeit älter als 10 Jahre alt. Aufgrund der stark begrenzten Anzahl von aktuellen Forschungsergebnissen zur gewählten Thematik waren die Autoren jedoch mit Kriterien wie einheitliche Begriffsdefinitionen und Evidenzlevel der Studiendesigns bei der Auswahl von Studien nicht sehr restriktiv.

Die Studien, welche zur Übersicht über Interventionen einbezogen wurden, haben nicht den Effekt auf exakt die gleichen Symptome gemessen, welche in den qualitativen Studien zu den psychischen Folgen erwähnt wurden. Zudem können aufgrund der oben erwähnten Evidenzhierarchie die Empfehlungen der Massnahmen nur beschränkt verallgemeinert werden.

Bei den verwendeten Studien hat sich bestätigt, dass sich der Begriff Gewalt nicht eindeutig definieren und von ähnlichen Begriffen wie „Übergriff“ und „Aggression“ abgrenzen lässt. Nicht alle Studien enthielten eine Begriffsdefinition, und die vorhandenen Definitionen waren nicht deckungsgleich. In mehreren Studien wird erwähnt, dass auch die Probanden nicht die gleichen Vorstellungen von Gewalt hatten. Die Vergleichbarkeit der Resultate kann auch dadurch erschwert sein.

Um mehr verallgemeinerbare Aussagen zu machen wäre zudem der Einbezug einer grösseren Studienzahl von Vorteil. Zu einem Zeitpunkt nach beendeter Datenbankrecherche und Studienausswahl ist die Gruppe auf weitere Studien zu einer Intervention gestossen, welche in Betracht gezogen werden könnten. Aufgrund der zeitlichen Vorgaben wurde darauf verzichtet, die Studien zu beurteilen und in die Literaturübersicht einzubeziehen.

Alle einbezogenen Studien waren in englischer Sprache verfasst und mussten in die deutsche Sprache übersetzt werden. Aufgrund der Tatsache, dass die Autoren dieser Arbeit Englisch nicht wie die Muttersprache beherrschen, war die sinngemässe Begriffsübersetzung oft anspruchsvoll und feine Unterschiede könnten nicht beachtet worden sein. Die Berufsbezeichnungen und -abschlüsse im Bereich Pflege, welche in anderen Ländern üblich sind, haben eine Herausforderung dargestellt. In allen Studien bestand die Mehrheit der Teilnehmer aus Pflegepersonal der Akutpsychiatrie. Einzelne Teilnehmer gehörten jedoch auch anderen Berufsgruppen an (Ärzte, Sozialarbeiter).

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung dieser Arbeit lautete: Was sind die beschriebenen psychischen Folgen bei Pflegepersonal nach erlebter Patientengewalt in der Akutpsychiatrie und welche Unterstützungsmassnahmen werden empfohlen?

In der Literaturübersicht wurde ersichtlich, dass vor allem Angst und Wut als psychische Folgen genannt wurden. Jedoch sind auch andere Folgen aufgetreten, welche häufig Parallelen zu psychischen Störungen nach belastenden Ereignissen aufwiesen. Zur Unterstützung der Pflegenden nach erlebter Patientengewalt haben sich vorwiegend Gruppeninterventionen mit Diskussionen und ergänzenden Elementen als nützlich und effektiv erwiesen. Eine ebenso getestete alternative Methode, welche auf Psychoedukation basiert, war nicht erfolgreich.

6.2 Schlussfolgerung für die Berufspraxis

Es kann abschliessend gesagt werden, dass das Erleben von Patientengewalt für Pflegende ein belastendes Ereignis darstellt. Die psychischen Folgen weisen Parallelen mit Symptomen posttraumatischer Belastung auf. Wird keine angepasste Unterstützung angeboten, können diese Symptome verstärkt und über längere Zeit bestehen bleiben. Darunter würden nicht nur die Betroffenen selbst leiden. Auch für ihre Familien und die Institutionen würden sich Konsequenzen ergeben. Die Qualität der Pflege und die interdisziplinäre Zusammenarbeit wären beeinträchtigt. Erneute Gewalt könnte sogar verstärkt werden. Daraus wird die Wichtigkeit von Unterstützung ersichtlich. Die Autoren dieser Arbeit empfehlen psychiatrischen Institutionen anhand der Literaturübersicht, den betroffenen Pflegenden in Diskussionsrunden die Möglichkeit zu geben, sich mit anderen betroffenen Personen über ihr Erleben auszutauschen. Die Beteiligung einer oder mehrerer Fachpersonen, welche der Diskussion eine Struktur geben und allenfalls Wissen vermitteln, wären dabei von Vorteil. Eine Kombination mit verhaltenstherapeutischen Angeboten, wie progressive Muskelentspannung, haben sich ebenso als wirksam erwiesen. Die Gruppen sollten nicht zu gross sein, um das gegenseitige Vertrauen zu stärken und möglichst offene Diskussionen zu bewirken, bei denen alle sich ausdrücken können. Angesichts der Tatsache, dass die psychischen Folgen von Pflegenden je nach erlebter Patientengewalt bis zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen können, sollte eine Unterstützung möglichst unmittelbar nach dem Vorfall beginnen und nicht erst Monate danach. Ob die Diskussion in einer Gruppe zu diesem Zeitpunkt bereits effektiv wäre, kann anhand der Resultate nicht eindeutig gesagt werden.

Bevor Gruppeninterventionen oder andere Massnahmen implementiert würden, wäre eine Analyse von Kosten und Nutzen notwendig. Würde eine Gruppenunterstützungsmassnahme implementiert, wäre es wichtig, dass die Diskussionsschwerpunkte den Bedürfnissen der teilnehmenden Pflegenden entsprechen, dies müsste immer wieder neu evaluiert und die Schwerpunkte allenfalls angepasst werden. Damit Unterstützungsmassnahmen umgesetzt werden können sollten Pflegende, welche in der Akutpsychiatrie arbeiten dazu ermutigt werden, jegliche Form von erlebter Patientengewalt und ihren Bedarf an Unterstützung zu melden als auch betroffene Teamkollegen darin zu bestärken. Risikoeinschätzungen und Deeskalationsmassnahmen sollten nach Empfehlungen der Autoren im Zusammenhang mit der Thematik von Patientengewalt weiterhin eine wichtige Rolle spielen. Eine strukturierte Nachsorge im Fall von trotzdem auftretender Gewalt sollte als gleichwertiges Element in die Abläufe der Institution integriert werden. Pflegende können sich dafür einsetzen, dass Konzepte entwickelt werden und sich allenfalls selbst für die Leitung von Unterstützungsmassnahmen schulen lassen.

6.3 Schlussfolgerung für weitere Recherchen und Forschung

Anhand der gemachten Aussagen im vorherigen Abschnitt wird ersichtlich, dass nach Meinung der Autoren bezüglich geeigneten Diskussionsschwerpunkten, dem Zeitpunkt und der Dauer von Gruppeninterventionen, ebenso wie geeigneter Kombinationen mit anderen therapeutischen Elementen weitere Forschung notwendig wäre. Dadurch könnten Empfehlungen für die Berufspraxis deutlich konkreter ausfallen. Bei der Literaturrecherche für diese Arbeit sind die Autoren fast ausschliesslich auf Gruppeninterventionen gestossen. Weitere Recherchen und Forschung zu alternativen Methoden wären zu empfehlen, vor allen Dingen zur Unterstützung des Pflegepersonals unmittelbar nach erlebter Patientengewalt. Die Erforschung von psychischen Folgen des Pflegepersonals nach Patientengewalt und vor allem der Effektivität von Interventionen wäre mit grösseren Stichproben notwendig, um aussagekräftigere Resultate zu erhalten. Die Stichproben aller in der Arbeit verwendeten Studien bestanden zudem aus Pflegenden, welche nach der erlebten Patientengewalt weiter im Beruf gearbeitet haben. Es wäre interessant, zusätzlich Studien mit Personen durchzuführen, welche nach dem Erleben der Gewalt aus dem Beruf ausgestiegen sind, um Vergleiche der beschriebenen Folgen und der erhaltenen Unterstützung zu machen. Auch interessant wäre die Untersuchung, wie Unterstützungsmassnahmen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens (wie z.B. Pflegeheim, Notfall, allgemeine Abteilungen) erforscht sind, welche Effekte diese aufwiesen und welche Aspekte allenfalls ins Psychiatriesetting übertragen werden könnten.

Wie bereits erwähnt, haben die Autoren dieser Arbeit im späteren Verlauf weitere Literatur zum Thema gefunden, welche weiterführend noch analysiert werden und allenfalls die Resultate ergänzen könnten.

6.4. Schlussfolgerung für die Ausbildung

Die Autoren dieser Arbeit empfehlen, in der Ausbildung weiterhin die Wichtigkeit präventiver Massnahmen in Bezug auf Patientengewalt zu betonen. Sie erachten es zusätzlich als sinnvoll darauf hinzuweisen, dass trotzdem ein Risiko für Gewalt bestehen bleibt und die psychischen Folgen Betroffener nicht zu unterschätzen sind. Dazu wäre es interessant, mögliche Unterstützungsmassnahmen, wie zum Beispiel eine Gruppendiskussion zu präsentieren. Sinnvoll wäre auch das Angebot von Kursen zu Aggressionsmanagement.

7. LITERATURVERZEICHNIS

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Fischer, J. E., & Haug, H.-J. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(30). doi:10.1186/1745-0179-3-30
- Baby, M., Glue, P., & Carlyle, D. (2014). 'Violence is not part of our job': a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 647-655. doi:10.3109/01612840.2014.892552
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring*. Bern: Hans Huber.
- Bundesamt für Statistik. (2016). *Internationale Klassifikation der Krankheiten*. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/05.html>
- Duden. (2016). *Die deutsche Rechtschreibung*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/>
- Inoue, M., Kaneko, F., & Okamura, H. (2011). Evaluation of the Effectiveness of a Group Intervention Approach for Nurses Exposed to Violent Speech or Violence Caused by Patients: A Randomized Controlled Trial. *ISRN Nursing*. doi:10.5402/2011/325614
- Jack, S. M., LeGris, J., O'Mara, L., & Stevenson, K. N. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14, 35. doi:10.1186/s12912-015-0079-5
- Konferenz der Verantwortlichen für den Studiengang Pflege. (2014). *Bachelorarbeit: Allgemeine Durchführungs- und Beurteilungsrichtlinien*. Heruntergeladen von https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/tdb/Allgemeine%20Dokumente/Bachelorarbeit%200ab%20Bachelor%202012/HES-SO_2014_Richtlinien_Bachelorarbeit.pdf
- Krollner, B., & Krollner, D. (2016). *ICD-Code*. Heruntergeladen von <http://www.icd-code.de/icd/code/F44.2.html>
- Lanza, M., Demaio, J., & Benedict, M. A. (2005). Patient Assault Support Group: Achieving educational objectives. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 643-660. doi:10.1080/01612840590959524

- Lanza, M., Schmidt, S., McMillan, F., Demaio, J., & Forester, L. (2011). Support Our Staff - A Unique Program to Help Deal With Patient Assault. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(3), 131-137. doi:10.1111/j.1744-6163.2010.00282.x
- Lieb, K., Frauenknecht, S., & Brunnhuber, S. (2012). *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie* (7. Auflage). München: Urban&Fischer.
- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden* (3. Auflage). Wien: Facultas Universitätsverlag
- Nhiwatiwa, G., F. (2003). The effects of single session education in reducing symptoms of distress following patient assault in nurses working in medium secure settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 561-568.
- Rektorenkonferenz der Schweizer Hochschulen. (2016). *Übersicht der Datenbanken im Bereich Gesundheit*. Heruntergeladen von <https://www.swissuniversities.ch/de/services/fh-e-ressourcen/ressourcen-nach-fachgebiet/gesundheit/>
- Richter, D., & Berger, K. (2009). Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter. *Der Nervenarzt*, 80(1), 68-73. doi:10.1007/s00115-008-2564-5
- Schirmer, U., Mayer, M., Martin, V., Vaclav, J., Gaschler, F., & Özköylü, S. (2006). *Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2001). *Leitfaden zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz* [Broschüre]. Bern: SBK
- Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2007). *Gefahren und Berufsrisiken für das Pflegepersonal* [Broschüre]. Bern: SBK
- Swissethics. (2011). *Schweizerische Ethikkommissionen für die Forschung am Menschen*. Heruntergeladen von <http://www.swissethics.ch/swissethics.html>
- Walter, G., Nau, J., & Oud, N. (2012). *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber.

8. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Berufsgruppen der Pflege (SBK, 2015).....	10
Tabelle 2: Resultate der Datenbankrecherche	19

9. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BScN	Bachelor of Science in Nursing (Bachelorabschluss in Pflege)
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
PICo	P (Population), I (Intervention/Phänomen), Co (Kontext)
SBK	Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SOS	Support our staff (Unterstützungsprogramm für Pflegende nach Patientengewalt)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

10. ANHANG

10.1. Raster für die kritische Beurteilung von Studien (Behrens und Langer)

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? *Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?*

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? *Wurden die Ausfallraten begründet, z.B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?*

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? *Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?*

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? *Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?*

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? *Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?*

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? *Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?*

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? *Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?*

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? p-Wert?

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle?

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostenanalyse?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1-2-3-4-5-6

<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351> V 1.6 aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence based nursing and Caring*. Hans Huber: Bern

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? *Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? *z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? *Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? *Wie erfolgte die Auswahl?*

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? *Auch die Perspektive des Forschers?*

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? *Methode der Datensammlung?*

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? *Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? *Wenn nein: warum nicht?*

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? *Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? *Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1-2-3-4-5-6

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572V> 1.1 aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

10.2. Kritische Beurteilungen der ausgewählten Studien

10.2.1. Interventionsstudien

Beurteilung einer Interventionsstudie (Behrens und Langer)

Quelle:

Nhiwatiwa, G., F. (2003). The effects of single session education in reducing symptoms of distress following patient assault in nurses working in medium secure settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 561-568.

Forschungsfrage:

Es wurde im Text keine Fragestellung gefunden. Es wurde jedoch ein Ziel formuliert. Das Ziel der Studie war es die Wirksamkeit einer kurzen pädagogischen Intervention (Lesen einer Broschüre zu Ausmass und Bewältigung eines Traumas) zur Verringerung des Leidens von Pflegenden im mittleren Sicherheitsbereich der Psychiatrie nach einer Gewalttat zu erforschen.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? *Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?*

Es wurden Pflegende rekrutiert, welche innerhalb der Krankenhäuser im mittleren Sicherheitsbereich im Independent-Sektor in England und Wales arbeiteten. Die Rekrutierung fand zwischen Dezember 2000 und Mai 2001 statt.

Alle Pflegenden, welche in der Institution Gewalt erlebe haben, machten einen Bericht welche in die Zentrale der Geschäftsstelle geschickt wurde. Die Forscher erhielten wöchentlich einen Ausdruck mit detaillierten Angaben, wie Datum, Namen und Ort der Gewalt.

Das Gesuch für die Forschung wurde im Februar 2001 bei einer Lokalen Ethikkommission eingereicht, welche es als gut erachtete. Alle Studienteilnehmer gaben schriftlich ihr Einverständnis an der Studie teilzunehmen. Die Anonymität der Studienteilnehmer wurde sowohl in der Publikation wie auch im Bericht beachtet. Die Studienteilnehmer wurden darüber informiert, zu jeder Zeit aus der Studie aussteigen zu können.

Die Pflegenden mussten folgende Kriterien erfüllen für an der Studie teilnehmen zu können:

- Die Pflegenden mussten von Patienten geschlagen worden sein

- Der Vorfall musste bei der Arbeit aufgetreten sein

In der Zeit der Rekrutierung wurden 90 Pflegende von Patienten geschlagen. Vier potenzielle Teilnehmer verliessen die Institution bevor mit ihnen Kontakt aufgenommen werden konnte. 45 Personen waren bereit teilzunehmen. Dies ist eine Ansprechrate von 50 Prozent. Die Gruppe bestand aus 21 Männern und 24 Frauen. Fünf Teilnehmer wurden aus der Studie ausgeschlossen, weil sie nicht den Kriterien entsprachen. Sie haben psychologische Hilfe in Anspruch genommen.

Vierzig Prozent der Teilnehmer waren 20-29 Jahre, 24,4% der Teilnehmer 30-39 Jahre; 28,9% der Teilnehmer 40-49 Jahre; und 6,7% der Teilnehmer 50-59 Jahre alt.

Die Teilnehmer der Studie wurden mit einer stratifizierten Blockrandomisierung (2 \times 4 = 8 Schichten) unter Verwendung von Zufallszahlen aus einem Lehrbuch der Statistik den beiden Gruppen zugeordnet. die wurde nach den Vorgaben von Altman (1991) gemacht.

2. Wie viele Pflegende, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?

Zu Beginn der Studie haben 40 Personen teilgenommen. Es wurde beschrieben, dass die Studienteilnehmer darüber informiert wurden, jederzeit aus der Studie aussteigen zu können. Es gab keine Angaben dazu, ob im Verlauf der Studie tatsächlich auch Teilnehmer ausgestiegen sind.

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?

Es wurde in der Studie nicht beschrieben, ob die Untersuchung einfach oder doppelt verblindet wurde.

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?

Zu Beginn der Studie wurde beschrieben, dass alle Personen welche an er Studie teilnehmen, die Kriterien der Forscher erfüllten mussten. Des Weiteren wurden Alter, Geschlecht und Berufserfahrungsjahre der Teilnehmer erwähnt.

Nach dem Aufteilen in die Kontroll- und Interventionsgruppe werden keine weiteren Informationen zu Alter, Berufserfahrung und Geschlechterverteilung gemacht.

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

Ausser der Intervention mit dem Lesen einer Broschüre wurden beide Gruppen gleich behandelt.

Beide Gruppen mussten zu zwei Zeitpunkten die Skalen ausfüllen. Dabei wurden den Studienteilnehmer die Fragebögen mit genauen Anweisungen nach Hause geschickt. Wenn die Fragebögen nicht kamen sind, wurde nach 2 Wochen eine Erinnerung mit einem weiteren Fragebogen geschickt. Kam dieser nicht zurück, wurde eine Woche später noch einmal ein Fragebogen geschickt.

Es wurde eine stratifizierte Blockrandomisierung für die Zuteilung der Studienteilnehmer in die beiden Gruppen für die Studie verwendet.

General Health Questionnaire (GHQ)

Der GHQ ist ein 28 Punkte Skala Test, welcher die psychische Gesundheit misst. Dabei werden somatischen Symptome, Angstzustände, Schlaflosigkeit, soziale Dysfunktion und Schwere der Depression an jeweils 7 Punkten gemessen. Der Durchschnitt wird durch die Addition aller 28 Ergebnisse gemessen.

Der Cronbachs Alpha Test auf den Gesamt GHQ-28-Skala betrug 0,86; dies zeigt, dass das Messinstrument das erfasst, was er messen sollte

Impact of Events Scale (Curtis, De Fries & Sheering)

Die Skala misst die traumarelevanten Symptome und die subjektive Not mit 15 Punkten. Die Skala beruht auf der zwei Fakten Theorie von Horowitz wobei 7 Items auf das Wiedererleben der Gewalttat bezogen sind und 8 Items auf die Vermeidung fokussieren. Dabei musste die Symptomstärke der letzten 7 Tagen mit einer Punktzahl von 0 bis 5 angegeben werden.

Cronbachs war Alpha 0.78 für Einbruch- und 0,82 zur Vermeidung. Dieser Test zeigt, dass die Werte das Messen, was sie sollen.

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe? Intention –to-Treat-Analyse

Alle Teilnehmer wurden per Randomisierung zugeteilt. Es wurden alle Teilnehmer bewertet. Es wird im Text nicht beschrieben ob es im Verlauf der Studie einen Abbruch oder einen Gruppenwechsel gegeben hat.

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte

Es wurde beschrieben, dass zwischen Dezember 2000 und Mai 2001 alle Pflegenden welche in England und Wales in der Psychiatrie arbeiten und geschlagen wurden für die Studie angefragt wurden. Nach dem Abgleichen mit den Kriterien haben 40 Personen an der Studie teilgenommen.

In der Studie wird beschrieben, dass es zu anderen Resultaten führen könnte, wenn die Studie in einem grösseren Umfang stattgefunden hätte.

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Die Studie von Rose et al 1999 konnte keine signifikanten Resultate messen und stimmt darum mit dieser Studie nicht überein.

Eine andere Studie aus dem Jahre 1997 deckt sich mit den Resultaten der Studie. Die Forscher begründen das Resultat damit, dass das Lesen der Broschüre ein Sekundäres Trauma hervorgerufen hat und darum die Symptome stärker sind. Bisher konnte aber keine Studie belegen, dass das Lesen einer Broschüre ein Sekundäres Trauma verursachen kann.

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert? Soll Tabelle eingeführt werden?

Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurde am Ende der Untersuchung ermittelt. Bei den Messinstrumenten ist die Stärke der jeweiligen Symptome nicht ersichtlich. In der Studie wird nur der Durchschnitt aller Symptome angegeben.

In der Studie wurden Mittelwert, Standardabweichung, Spannweite, und Konfidenzintervall angegeben. Die Signifikanz des P wurde bei 0,05 definiert. Bei der Auswertung des IES Fragebogens sind folgende Resultate herausgekommen.

Bei der Kontrollgruppe haben sich die Symptome abgeschwächt. Bei der ersten Untersuchung wurden im Durchschnitt Symptome mit der Stärke von 12.61 angegeben. 3 Monaten danach war der Mittelwert der Symptome bei 6.62.

Bei der Interventionsgruppe dagegen haben die Symptome zugenommen. Bei der ersten Messung wurde ein Durchschnitt von 8.4 angegeben und nach 3 Monaten ein Mittelwert von 10.40.

Die Untersuchung des GHQ-Fragebogen ergab folgende Resultate. Bei der Kontrollgruppe ist die Symptomstärke des Mittelwertes von 3.23 auf 2.31 gesunken. Bei der Interventionsgruppe sind die Mittelwerte bei der Symptomstärke von 1.8 auf 3.6 gestiegen.

Durch die neu eingeführten Parameter zeigt sich, dass das Leidensniveau der Interventionsgruppe nach der Behandlung höher war, als jenes der Kontrollgruppe. Eine zweite Untersuchung im Test war die Korrelation des Schweregrades der Verletzungen und den Gefühlen nach dem Angriff. Es konnte eine geringe Korrelation von 0.04 P aufgezeigt werden.

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? *p*-Wert?

Bei der Studie wurde der P-Wert bei 0,05 als signifikant festgelegt. Beim White-Mann-Test konnte eine Signifikanz von $P = 0,03$ bei Mittelwert der Kontroll- und Interventionsgruppe ermittelt werden.

11. Wie präzise sind die Ergebnisse *Konfidenzintervalle?*

Es wird in der Studie beschrieben, dass die der T-Test nicht gemacht werden konnte weil die Daten stark verzerrt waren und es Ausreisser gab. Das Konfidenzintervall lag immer bei 95 Prozent und wurde wie folgt angegeben:

GHQ

Gruppe	Start der Studie	Nach 3 Monaten
Kontrollgruppe	3.87–21.36	1.38–11.85
Interventionsgruppe	- 1.06–17.86	-1.61–22.41

IES

Gruppe	Start der Studie	Nach 3 Monaten
Kontrollgruppe	1.85–4.61	0.72–3.89
Interventionsgruppe	0.59–3.01	-0.61–7.81

Anwendbarkeit**12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?*****Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?***

Auf Grund der Resultate scheint es besser, keine Intervention mit einer Broschüre zu machen.

Es sollte in Zukunft nicht nur auf die Prävention, sondern auch auf das psychische Wohlergehen der Personen nach dem Vorfall eingegangen werden.

Die Nulltoleranz Kampagne gibt keine Hinweise auf den Umgang oder die Unterstützung nach einem Gewalterlebnis.

Das Erarbeiten von Massnahmen zur psychologische Unterstützung ist sehr wichtig.

In Zukunft sollten die Pflegenden selbst über die Einschätzung des Schweregrades des Vorfalls und ihren Unterstützungsbedarf entscheiden können.

**13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet
Nebenwirkungen? Compliance?**

Es wurde geäußert, dass sich die Interventionsgruppe vielleicht noch im Verdrängungsprozess der erlebten Situation befinden und dies könnte erklären, wieso die Intervention einen negativen Einfluss hat.

In der Psychiatrie wird die Schwere der Patientengewalt vom Vorgesetzten oder Arzt eingeschätzt. Je nach Schwere der Patientengewalt erhalten die Personen Unterstützung oder nicht. Dies ist jedoch nicht gut, weil eine andere Person nicht einschätzen kann, wie schwer die erlebte Gewalt war.

**14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert
Kostenanalyse?**

Die Kosten-Nutzen-Analyse wurde nicht gemacht, weil sich in dieser Studie gezeigt hat, dass die Intervention einen negativen Einfluss hat. Dies führt dazu, dass neben den Kosten auch das Risiko gestiegen ist und dies war nicht das Ziel der Intervention.

Beurteilung einer Interventionsstudie (nach Behrens und Langer)

Quelle

Inoue, M., Kaneko, F. & Okamura, H. (2011). Evaluation of the Effectiveness of a Group Intervention Approach for Nurses Exposed to Violent Speech or Violence Caused by Patients: A Randomized Controlled Trial. *ISRN Nursing*. doi:10.5402/2011/325614

Forschungsfrage

Eine explizite Forschungsfrage wird nicht formuliert.

Das Ziel der Studie war, die Effektivität eines Gruppeninterventions- Ansatzes zu evaluieren. Dieser Ansatz sollte die psychische Gesundheit von Psychiatriepflegenden, welche mit Patientengewalt (physische oder verbale Gewalt) konfrontiert waren, verbessern.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?

Mit Erlaubnis der jeweiligen Pflegedirektion wurden Orientierungstreffen auf akuten und chronischen Psychiatriestationen in Japan durchgeführt. Bei diesen Treffen wurden Pflegenden im Detail über die geplante Studie informiert (ethischer Aspekt respektiert).

Das Protokoll der Studie wurde bei der Pflegedirektion aller fünf teilnehmenden Institutionen eingereicht. Es wurde zudem vom Ethik-Komitee jeder Institution vor Beginn der Studie geprüft. Jede Pflegeperson wurde über die Studie mittels eines Faltblatts informiert. Ziele, Methode, das Interventions-Design, das Recht jeder Zeit von der Teilnahme zurückzutreten, der strikte Schutz der Privatsphäre, das Fehlen von Benachteiligung bei Nichtteilnahme und das Recht jeder Person, ihr Einverständnis jederzeit zu widerrufen wurden erklärt.

Schlussendlich wurde Pflegenden aus fünf psychiatrischen Kliniken von zwei Distrikten in Japan einbezogen, welche die folgenden Kriterien erfüllten:

- Sie haben Gewaltereignisse von Patienten bei der Arbeit erlebt.
- Sie waren zum Zeitpunkt der Einladung zur Studie sechs Monate oder länger im Beruf als Psychiatriepflegende tätig.
- Sie waren fähig/geeignet zur Teilnahme an allen Interventionsprogrammen.

- Sie haben eine informierte Zustimmung (informed consent) für die Teilnahme an der Studie abgegeben.
- Sie waren nicht im administrativen Bereich (Direktion, Stationsleitung) tätig.
62 Pflegende (n=62) gaben eine schriftliche informierte Zustimmung zur Teilnahme an der Studie ab. Es folgte deren Zuteilung zu Kontroll- und Interventionsgruppe mittels Würfelmethode (Randomisierung). Die Interventionsgruppe umfasste schlussendlich 30 Teilnehmer (n=30), die Kontrollgruppe 32 Teilnehmer (n=32).

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?

Zu Beginn bestand die Interventionsgruppe aus 30, die Kontrollgruppe aus 32 Teilnehmern. Fünf Teilnehmer der Interventionsgruppe konnten nicht bis ans Ende der Studie dabei bleiben (Follow-up 83.3%). Bei sieben Teilnehmern der Kontrollgruppe war die Datenerhebung nach drei Monaten nicht möglich (Follow-up 78.125%). Somit fand die Schlussevaluation mit 25 Teilnehmern pro Gruppe statt. Auf die Gründe für die Ausfallrate wird nicht näher eingegangen.

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?

Eine Verblindung der Teilnehmer wird nicht direkt erwähnt. In der Diskussion der Studie wird erwähnt, dass eine Doppelverblindung unmöglich war da der Autor der Studie gleichzeitig die Rolle als Moderator bei der Gruppenintervention eingenommen hat.

Um eine Verblindung zu ermöglichen hätte die ausführliche Information über die Art der Intervention im Voraus nicht stattfinden können, was ethisch bedenklich gewesen wäre. Ebenso hätte die Verblindung praktisch bedeutet, dass einem Teil von Pflegenden, welche Patientengewalt erlebt hatten, die Unterstützungsmöglichkeit vorenthalten worden wäre. Auch dieser Aspekt wäre ethisch bedenklich gewesen.

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?

Alle Teilnehmer waren sich in Bezug auf die Einschlusskriterien ähnlich da sie diese alle erfüllt haben.

Zur Analyse der Homogenität der beiden Gruppen wurden in Bezug auf die Merkmale Geschlecht und Zivilstand (verheiratet oder nicht) ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Es konnten keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden ($p=0.95$ für das Geschlecht, $p=0.98$ für den Zivilstand).

Bei den folgenden Variablen wurden zu Beginn der Studie mittels eines Mann-Whitney-U-Tests die zentralen Tendenzen (Mediane) zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe verglichen: Alter, Pflegeerfahrung in Monaten, Dauer der Arbeit im Bereich Psychiatrie in Monaten, das Zeitintervall zwischen dem erlebten Gewaltereignis und dem Beginn der Studie in Monaten, Anzahl Personen im Haushalt, Anzahl Personen, welche soziale Unterstützung anboten, Zufriedenheitsgrad mit familiärer Unterstützung, Zufriedenheit mit Unterstützung durch Bekannte. Ebenfalls wurde die Spannweite (Range) als Streumass für beide Gruppen angegeben. Es waren keine signifikanten Unterschiede zu erkennen.

Für die zwei verwendeten Messinstrumente wurden die Mittelwerte sowie die Standardabweichung aller Punktzahlen zu den Items zu Beginn der Studie berechnet. Mithilfe eines t-Tests wurden die Mittelwerte der beiden Gruppen verglichen und Unterschiede auf Signifikanz getestet. Es wurden bezüglich der Punktzahlen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede erkannt.

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt

Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben

In beiden Gruppen wurde an drei Zeitpunkten Messungen durchgeführt: zu Beginn unmittelbar vor dem Start der Intervention, unmittelbar nach Ende der Intervention und drei Monate danach.

Basierend auf vorhergehenden Studien, wurden in beiden Gruppen die gleichen Variablen für die Evaluation von psychischen Auswirkungen und Stress verwendet: Soziale und demographische Variablen: Alter, Geschlecht, Länge der Pflegeerfahrung, Länge der Arbeit in einer psychiatrischen Abteilung, Anzahl Personen im Haushalt, Präsenz/Absenz eines Ehepartners, Vorhandensein/Nichtvorhandensein von sozialer Unterstützung, Zufriedenheitsgrad mit sozialer Unterstützung,

Vorkommen/Nichtvorkommen von Gewaltepisoden, Zeitspanne zwischen Konfrontation mit Gewalt und dem Beginn der Studie.

Bezüglich sozialer Unterstützung wurden anhand einer 4-Punkt -Likert-Skala (dient zur Einschätzung persönlicher Einstellungen) die folgenden Parameter bewertet: Anzahl Personen, welche soziale Unterstützung angeboten haben („keine“ bis „sehr viele“), Zufriedenheitsgrad mit familiärer Unterstützung („nicht zufrieden“ bis „überaus zufrieden“), Zufriedenheitsgrad mit Unterstützung von Bekannten („nicht zufrieden“ bis „überaus zufrieden“).

Die Messungen erfolgten in beiden Gruppen mit Hilfe der gleichen Messinstrumente:

Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

Selbsteinschätzungs-Skala bestehend aus 22 Items, welche den psychisch traumatisierenden Effekt von Ereignissen evaluieren. Die Skala wurde von zwei anderen Autoren (Weiss und Marmar) als überarbeitete Version der „Impact of Event Scale“ (Horowitz et al.) entwickelt. In der Skala werden drei Untereinheiten gemessen: Intrusion (Erinnerungen aus der Vergangenheit, die dem Patienten in den Sinn kommen, und die er als störend oder belastend erlebt), Vermeidung und Übererregung. Reliabilität und Validität der in der Studie verwendeten japanischen Version wurden bestätigt. Cronbach´s alpha für diese Stichprobe lag bei 0.859 (bedeutet interne Konsistenz der Items -> alle Untereinheiten messen tatsächlich den traumatisierenden Effekt). Die kritische Punktzahl wurde auf 24/25 festgelegt, eine Gesamtpunktzahl gleich oder über diesem Wert deuten auf PTSD (posttraumatische Belastungsstörung) hin.

Profile of Mood States (POMS)

Fragebogen mit 65 Items zur Selbsteinschätzung des aktuellen emotionalen Status. Der Fragebogen wurde von McNair entwickelt und erlaubt das Erfassen des emotionalen Status anhand von sechs Skalen: Spannung-Angst, Depression-depressive Stimmung, Ärger-Feindseligkeit, Energie, Müdigkeit und Verwirrung. Die Reliabilität und Validität der japanischen Version wurde bestätigt. Der Gesamtwert für Cronbach´s alpha lag für diese Stichprobe bei 0.775 (was bedeutet, dass die Skalen alle tatsächlich den emotionalen Status messen).

Die Frequenz jeder Stimmungslage während der letzten Woche wurde auf einer 5-Punkte-Skala von „nie“ (Punktzahl 0) bis „sehr häufig“ (Punktzahl 4) eingeschätzt. Die Punktzahlen aller Items wurden für jede Skala zusammengezählt. Eine höhere Punktzahl weist auf eine höhere Intensität der Stimmungslage innerhalb einer Kategorie hin.

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe? Intention –to-Treat-Analyse

Es wechselten keine Teilnehmer die Gruppe. Die während der Studie ausgeschiedenen Teilnehmer konnten für die letzte Messung nicht mehr eingeschlossen werden.

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte

Die Stichprobe umfasste insgesamt 62 Teilnehmer. Es wurde kein Test zur Bestimmung der geeigneten Gruppengröße durchgeführt.

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Der Gruppeninterventions-Ansatz wurde zuvor bereits an Patienten und deren Angehörigen getestet und als hocheffizient bezeichnet. Die Effizienz des Gruppeninterventions-Ansatzes für Gruppenpsychotherapie in Bezug auf Veränderung von Emotionen wurde in einer vorangehenden Studie erwiesen. Der Ansatz scheint eine ähnliche Effizienz bei Pflegenden nach Gewaltereignissen erreicht zu haben.

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?

Die Unterschiede zwischen den Punktzahlen der beiden Gruppen für jede Skala wurden zu allen drei Messzeitpunkten analysiert. Die Analyse erfolgte durch eine Zwei-Weg Varianzanalyse. Das Ausmass der Veränderungen jeder Punktzahl im Vergleich zur Ausgangspunktzahl hat als abhängige Variabel gedient. Es wurden jeweils Mittelwert und Standardabweichung für die Veränderung in beiden Gruppen angegeben. $P < 0.05$ wurde als Signifikanzniveau gewählt.

Für die statistische Analyse wurde die Software des „Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)“, Version 10.0J für Windows verwendet.

Vergleich der Veränderungen der Messwerte in der IES-R zwischen den beiden Gruppen: Signifikante Unterschiede bezüglich Veränderungen der Punktzahlen wurden sowohl für den Interaktions- als auch für den Haupteffekt auf Vermeidung ($p= 0.005$ bzw. 0.006), Übererregtheit ($p<0.001$ (hochsignifikant) bzw. $p=0.001$) und die Gesamtpunktzahl ($p<0.001$) erkannt. Für die Intrusion bestand nur bezüglich Haupteffekt ein signifikanter Unterschied ($p=0.040$).

Vergleich der Veränderungen der Messwerte im POMS zwischen den beiden Gruppen: signifikante Unterschiede wurden festgestellt bezüglich Interaktions- und Haupteffekt auf die Angst-/Anspannungsskala ($p<0.001$) und bezüglich Haupteffekt auf die Depressionsskala ($p=0.035$). Für die restlichen Items (Ärger, Kraft, Müdigkeit, Verwirrung) gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Während der Intervention wurden verschiedene Massnahmen für den Umgang mit Gewalt diskutiert und die Teilnehmer sprachen offen über die Selbstkontrolle von posttraumatischen Ereignissen, Emotionen und Stress. Ebenso haben die Teilnehmer Wissen zu posttraumatischen Ereignissen und dem daraus resultierenden Stress erlangt. Die Teilnehmer haben durch diese Schritte Vertrauen in ihre Fähigkeit gewonnen, Situationen mit Gewalteinfluss zukünftig angemessen gegenüberzutreten. Ausserdem scheinen durch das Erlernen von Entspannungstechniken die Symptome gemildert worden sein. Die Angst vor möglichen zukünftigen Ereignissen sowie daraus resultierende Depression schienen durch die offenen Diskussionen über das Leid, die Angst, Informationen zu Gewalt und Wege, darüber hinwegzukommen sowie die Entspannungstechniken in einer Gruppe von Pflegenden mit ähnlichen Erfahrungen gemildert worden zu sein.

In der Studie wurde schlussgefolgert, dass die Gruppenintervention anhand der Resultate ein effektiver Ansatz zur Minderung der psychischen Folgen und dem Stress nach Gewaltereignissen bei Pflegenden zu sein scheint. Der Ansatz kann zur Verbesserung der mentalen Gesundheit der Pflegenden beitragen und somit die Pflegequalität auch für die Patienten zu verbessern.

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? *p*Wert?

Bei den oben als signifikant bezeichneten Unterschiede zwischen den Gruppen galt immer: $p<0.05$ (was als Signifikanzniveau gewählt wurde). Dies bedeutet, dass die Chance für zufälliges Zustandekommen der Ergebnisse unter 5% liegt.

11. Wie präzise sind die Ergebnisse

Konfidenzintervalle?

Es wurden keine Konfidenzintervalle angegeben.

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

Die Stichprobe bestand ausschliesslich aus Pflegepersonal. Mit dieser Population befassen sich auch die Autoren der Arbeit. Das Setting (Psychiatrie) entspricht ebenfalls der Wahl der Autoren. Die Autoren beschränken sich auf die Akutpsychiatrie, in der Studie wurden auch Pflegenden aus chronischen Abteilungen eingeladen. Wie viele davon schlussendlich teilnahmen, ist nicht beschrieben. Es wird davon ausgegangen, dass der Unterschied nicht allzu gross sein wird. Da die Studie in Japan durchgeführt wurde ist es möglich, dass kulturelle Aspekte auf die Emotionen und den Effekt der Intervention Einfluss hatten.

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet

Nebenwirkungen? Compliance?

Diejenigen Ergebnisse, welche keine signifikanten Veränderungen aufwiesen, wurden nicht diskutiert. Ebenfalls schienen bei Emotionen wie z.B. Verwirrung und Müdigkeit aufgrund der angegebenen Mittelwerte die Veränderung der Punktzahlen in der Kontrollgruppe grösser als in der Interventionsgruppe gewesen zu sein. Darauf wurde nicht eingegangen, wäre interessant zu wissen.

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Kostenanalyse?

In der Studie fand keine Auseinandersetzung mit den Kosten statt. Es ist anzunehmen, dass für die Moderation der Gruppendiskussionen und die Instruktion der verhaltenstherapeutischen Massnahmen (Entspannungstechniken und Bildtherapie) Personen ausgebildet und bezahlt werden müssen. Die Kosten würden vermutlich abhängig von den bereits vorhandenen personellen Ressourcen in den Institutionen variieren. Ob sich die Investition längerfristig lohnen würde, ist schwierig abzuschätzen. Jedoch kann gesagt werden, dass Mitarbeiter, welche unter psychischen Folgen von Gewaltereignissen leiden, ebenfalls potenzielle Kostenverursacher sind. Der Gruppeninterventions-Ansatz hat sich laut Studie als effizient zur Milderung der psychischen Folgen erwiesen.

10.2.2. Qualitative Studien

Beurteilung einer qualitativen Studie (nach Behrens und Langer)

Quelle

Lanza, M., Demaio, J., & Benedict, M. A. (2005). Patient Assault Support Group: Achieving educational objectives. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 643-660. doi:10.1080/01612840590959524

Forschungsfrage

Es wurde keine explizite Fragestellung formuliert.

Die Absicht der Studie war es, die Ziele und den Inhalt einer Psycho-Edukations-Gruppe zur Unterstützung von Personal nach Patientenübergriffen aufzuzeigen. Wie die Teilnehmer/innen darauf reagierten, wurde ebenfalls beschrieben.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

Es erfolgte keine klare Formulierung einer Forschungsfrage. Erst dadurch hätte sich ein passendes Studiendesign festlegen lassen.

Es wurde jedoch die Absicht der Untersuchung (s. oben) formuliert und das Thema im Umfeld diskutiert (bereits vorhandene Forschungen, Grund des aktuellen Projekts).

Auch auf die Ziele des beschriebenen Unterstützungsprogramms wurde eingegangen: Schulung von Pflegenden, welche Übergriffe oder versuchte Übergriffe von Patienten in ihrem Arbeitsumfeld erlebt haben, Vermittlung aktueller Informationen, Massnahmen und Coping Strategien für den Umgang mit der Erfahrung.

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? ***z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie***

Das gewählte Design wurde nicht explizit genannt und begründet. Es ist schwierig, eindeutig ein Design zu erkennen. Grounded Theory und Ethnographie können ausgeschlossen werden. Da es in erster Linie um die Unterstützungsgruppe und nicht nur um das Erleben der Teilnehmenden geht, ist das Design auch nicht eindeutig der Phänomenologie zuzuordnen.

Ebenso werden beim phänomenologischen Ansatz normalerweise vor der Durchführung keine Literaturübersichten gemacht, was in der Studie gemacht wurde (s. unter Punkt 3). Auch das methodische Vorgehen lässt keine klaren Schlüsse auf das Design ziehen.

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

Zu Beginn der Studie wurde eine kurze Literaturübersicht zu den Themen Inzidenz von Gewalt, Reaktionen auf Gewaltereignisse und bereits in der Literatur beschriebene Unterstützungsgruppen gemacht. Der Zeitpunkt der Literaturrecherche wurde nicht begründet. Es ist anzunehmen, dass durch die Literaturrecherche die Problemstellung klarer definiert werden und durch einen Überblick bereits vorhandener Unterstützungsansätze veranschaulicht werden konnte, weshalb die Studie durchgeführt wurde.

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

Wie erfolgte die Auswahl?

Die Auswahl der Teilnehmer wurde nicht ausführlich beschrieben. Begründet wurde sie nicht. Passend an der Auswahl war, dass alle Gewalt durch Patienten erlebt hatten. Es wurde einzig begründet, dass absichtlich eine kleine Teilnehmerzahl gewählt wurde um den Prozess zu vereinfachen.

Je nach Forschungsfrage und Design wären unterschiedliche Rekrutierungsmethoden angemessen. Auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse hat die Auswahl der Teilnehmer/-innen einen Einfluss.

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

Auch die Perspektive des Forschers?

Die ausgewählten Teilnehmer/innen wurden folgendermassen beschrieben: Von den zehn Gruppenmitgliedern waren neun Personen weiblich, eine Person männlich. Die Hälfte (n=5) waren Pflegefachpersonen, gefolgt von Pflegeassistenten (n=4), eine Person war in der Sozialarbeit tätig. Ethnisch betrachtet bestand die Gruppe primär aus weissen Personen (n=9) und einer Person hispanischer Abstammung. Die Altersspanne reichte von 34-62 Jahre. Die meisten Teilnehmer haben mindestens 15 Jahre oder länger (die Mehrheit zwischen 25 und 35 Jahren) in psychiatrischen Abteilungen gearbeitet.

Jeder Teilnehmer wurde im Vorfeld mindestens drei Mal von Patienten angegriffen. Fast die Hälfte der Teilnehmer erwähnte, mehr als 100-200 Mal in ihrer Karriere angegriffen worden zu sein. Sowohl körperliche als auch verbale Gewalt wurden erlebt.

Die Rolle des Forschers wird so beschrieben, dass dieser die Gruppenleitung übernommen hat und jeweils zu Beginn der Sessionen einen theoretischen Input gegeben hat.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

Methode der Datensammlung?

Die Gruppe traf sich zwei Mal wöchentlich für eine Stunde während sechs Wochen (12 Sessionen insgesamt). Die Unterstützungsgruppe wurde mit der Präsentation eines bestimmten Schwerpunkts zu Beginn jeder Session durchgeführt. Es folgte eine Diskussion der Teilnehmer/innen in Verbindungen zu ihren erlebten Situationen. Die Gruppenleitung wurde von einem Autor der Studie übernommen. Eine weitere, nicht in die Diskussionen involvierte Person, sass ausserhalb der Gruppe und nahm die Diskussionen auf. Eine Drittperson prüfte die detaillierten Aufnahmen und fasste diese zusammen. Es fand somit eine Art Gruppeninterview (Fokusgruppe) statt.

Ethische Aspekte: Zu Beginn der ersten Session wurde ein mündlicher Vertrag in der Gruppe abgeschlossen, in dem alle Teilnehmer ihr Einverständnis gegeben haben, ihre Gedanken und Gefühle in der Gruppe zu teilen.

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Die während den Gruppendiskussionen gemachten Aufnahmen wurden von einer unabhängigen Person zusammengefasst. Es wird nicht erwähnt, nach welchem System dabei vorgegangen wurde.

Für jede Session wurden im Vorfeld Ziele formuliert. Es wurde evaluiert, ob die Ziele am Ende erreicht wurden indem die Teilnehmer/innen ihre persönliche Bewertung abgegeben haben.

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Es werden in der Studie keine Äusserungen dazu gemacht.

In Bezug auf die Wirkung der Intervention auf die Teilnehmer/innen wurde wenig in die Tiefe gegangen. Die Diskussionsinhalte wurden hingegen detailliert zusammengefasst.

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Der Ablauf der Sessionen wurde ausführlich zusammengefasst. Es fehlt die Information, wie die Forscher auf die inhaltlichen Schwerpunkte gekommen sind und warum sie diese Reihenfolge gewählt haben.

Es sind Zitate von Teilnehmer/innen in den Beschreibungen der Diskussionsinhalte enthalten, welche die Meinung zu den Schwerpunkten repräsentieren. Die Meinung über die Intervention wurde lediglich zusammengefasst.

Die genaue methodische Vorgehensweise ist schwer nachvollziehbar.

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Sowohl Forscher als auch Teilnehmer/innen sahen einen Nutzen der Gruppenintervention in Bezug auf die Entwicklung des Gefühls, nicht alleine zu sein, der Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten von Patientengewalt und Wissenszuwachs.

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Die Zusammenfassungen der Diskussionsinhalte und Bewertungen der Teilnehmenden haben geholfen, ihren Bedarf an Unterstützung und die wirksamen Aspekte der Intervention besser zu verstehen.

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

In der Studie werden keine konkreten Anwendungsmöglichkeiten beschrieben. Die Population, welche gewählt wurde, entspricht grösstenteils der Population der Arbeit. Pflegenden nach erlebter Patientengewalt unter professioneller Leitung die Möglichkeit zu geben, über die Auswirkungen zu sprechen, diese zu analysieren und persönliche Coping-Strategien zu entwickeln kann in der Praxis umgesetzt werden. Es müsste allerdings eine Kosten-/Nutzenanalyse erfolgen. Nützlichkeit der Diskussionsschwerpunkte und Bedürfnisse der Teilnehmer/innen müssten regelmässig neu evaluiert werden. Fachpersonal müsste für die Gruppenleitung und Vermittlung aktueller Informationen aus der Forschung geschult werden. In der Studie wurde vor allem die Wichtigkeit ersichtlich, den Folgen von Patientengewalt in Institutionen des Gesundheitswesens Beachtung zu schenken.

Beurteilung einer qualitativen Studie (nach Behrens und Langer)

Quelle

Lanza, M., Schmidt, S., McMillan, F., Demaio, J. & Forester, L. (2011). Support Our Staff - A Unique Program to Help Deal With Patient Assault. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(3), 131-137. doi:10.1111/j.1744-6163.2010.00282.x

Forschungsfrage

Eine ausformulierte Forschungsfrage fehlt in der Studie.

Es wurde das Ziel der Studie formuliert: Es sollte ein Programm getestet werden, welches von Patientengewalt betroffenen Pflegenden aktuelle Informationen und Coping-Strategien vermittelt.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

Eine klare Forschungsfrage wurde nicht formuliert. Für die Festlegung eines passenden Studiendesigns wäre dies in der qualitativen Forschung jedoch von Vorteil. Eine Diskussion des Themas (Prävalenz von Gewalt im Gesundheitssystem, Meldung von Gewaltereignissen, Reaktionen auf Patientenübergriffe, bisher existierende Programme zur Unterstützung) fand zu Beginn der Studie statt. Es wurde formuliert, aus welchem Grund das Programm entwickelt wurde: Um Pflegenden, welche Opfer von verbaler und/oder körperlicher Gewalt geworden sind im Umgang mit den psychischen Folgen zu helfen, wurde das Programm «Support our staff» in einem Team von Pflegefachpersonen und Pflegeforschern entwickelt und in einem Spital in Massachusetts als Teil des Qualitätssicherungsprogramms implementiert. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz liegt dem Programm zugrunde. Aktuelle, auf Forschung und klinischer Erfahrung basierende Informationen zu Patientengewalt werden an die Teilnehmer/innen abgegeben. Es folgt eine Diskussion über die persönliche Erfahrung zum Thema.

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

Das gewählte Design wurde nicht explizit genannt und begründet. Es ist schwierig, eindeutig ein Design zu erkennen. Grounded Theory und Ethnographie können ausgeschlossen werden. Am ehesten entspricht das Design der Phänomenologie.

Es geht darum, wie Pflegende die Unterstützungsmassnahme wahrnehmen, nachdem sie Opfer von Patientengewalt geworden sind.

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

Zu Beginn der Studie wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, die eine Diskussion des Themas im Umfeld erlaubte (s. Punkt 1). Der Zeitpunkt wurde nicht begründet. Bei einem phänomenologischen Design werden häufig zu Beginn keine Recherchen gemacht um möglichst unvoreingenommen die Datenerhebung durchzuführen. Ob die Studie wirklich ein phänomenologisches Design hat, ist jedoch nicht ganz klar (s. Punkt 2).

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

Wie erfolgte die Auswahl?

Die Auswahl der Teilnehmer/innen wurde folgendermassen beschrieben: In den Spitälern wurde Werbung für das Programm gemacht (in wie vielen genau wurde nicht erwähnt). Die Teilnahme war freiwillig. Acht Pflegende zeigten sich interessiert und wurden in die Gruppe aufgenommen.

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

Auch die Perspektive des Forschers?

Beschreibung der Teilnehmer/innen: Die Gruppe bestand aus Pflegepersonal. Von den acht Teilnehmer/innen waren sieben weiblich, eine Person männlich. Alle sind kurz zuvor Opfer von verbaler und/oder körperlicher Gewalt durch Patienten geworden. Drei Personen haben bereits vermehrt Patientengewalt erlebt. Die Altersspanne der Teilnehmer/innen reichte von 25 bis 58 Jahre, wobei sechs Teilnehmer/innen um die 50 Jahre alt waren. Die Teilnehmer/innen waren sehr motiviert und hatten viel Berufserfahrung. Noch mehr Personen haben Interesse an der Teilnahme gezeigt. Sie konnten jedoch aufgrund der zeitlichen Verfügbarkeit (Schichtarbeit) und Rücksicht auf das Team (fühlten sich schlecht, da sie bereits nach der erlebten Patientengewalt gefehlt haben) schlussendlich nicht teilnehmen (Rekrutierungs-Bias). Alle Teilnehmenden wurden über den Ablauf und die Art der Intervention sowie über das Ziel der Studie informiert (Ethischer Aspekt, der respektiert wurde).

Beschreibung der Forscher: Eine Person der Autorenschaft übernahm die Leitung der Gruppendiskussionen. Es wurde beschrieben, dass diese Person in der Pflegeforschung tätig war. Die Informationen, welche während den Gruppentreffen abgegeben wurden, basierten auf Ergebnissen dieser Forschungen.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben

Methode der Datensammlung?

Über zwölf Wochen wurden jeweils einmal wöchentlich während einer Stunde Daten erhoben. Wie genau diese Erhebung erfolgte, wurde nicht erwähnt. Da Zitate aus den einzelnen Sessionen in der Zusammenfassung verwendet wurden, ist davon auszugehen, dass Diskussionen aufgenommen wurden oder eine Person Notizen machte. Ebenso wurden die Teilnehmer/innen offensichtlich zu ihrer Meinung über die Massnahme befragt da Zitate in der Zusammenfassung vorhanden sind und der Nutzen der Massnahme damit begründet wird.

Während der ersten Session wurde ein mündlicher Vertrag abgeschlossen, bei dem alle Teilnehmer/innen sich bereit erklärten, an allen Sessionen teilzunehmen, pünktlich zu erscheinen, bis am Ende dabei zu bleiben (Beständigkeit der Gruppe) und aktiv teilzunehmen.

Ethische Aspekte: Während der ersten Session wurde im mündlichen Vertrag zu den Regeln besprochen, dass Informationen aus den Diskussionen vertraulich behandelt würden.

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

In der Studie wurde nicht explizit erwähnt, wie die Analyse der Daten erfolgte. Im Text der Studie wurden verschiedene Aspekte der Diskussionen zusammengefasst.

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Die Sättigung an sich wurde nicht angesprochen und es wurde nicht erwähnt, weshalb sie erfolgte oder nicht. Die Autoren der Studie kritisierten jedoch, dass ein quantitativer Ansatz mit Kontrollgruppe erforderlich wäre um die Effektivität der Gruppenintervention aussagekräftiger nachzuweisen.

Ebenfalls erwähnten sie als zukünftiges Ziel, die Gruppenintervention in weiteren Spitälern zu implementieren und eine Langzeitstudie zu entwickeln, in welcher die nützlichsten Faktoren des Programms zu bestimmen wären um das effizienteste mögliche Programm zu entwickeln. Es kann dadurch eher davon ausgegangen werden, dass die Sättigung nicht erreicht wurde.

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Der Prozess der Datenerhebung wurde nicht beschrieben, es ist somit nicht eindeutig nachvollziehbar, wie die Ergebnisse zustande gekommen sind.

Zitate wurden verwendet um Argumente zu veranschaulichen. Die Zitate waren hilfreich um zu verstehen, ob und warum die Gruppenintervention als nützlich wahrgenommen wurde.

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Sowohl die Forscher als auch die Teilnehmer/innen waren sich einig, dass die Diskussionen in der Gruppe hilfreich waren im Umgang mit den psychischen Folgen von Patientengewalt.

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Die Zusammenfassungen der Diskussionsinhalte und Bewertungen der Teilnehmenden haben geholfen, ihren Bedarf an Unterstützung und die wirksamen Aspekte der Intervention besser zu verstehen.

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Ein Abschnitt der Studie befasste sich mit Empfehlungen für die Praxis: Es wird darin die Wichtigkeit betont, dass Institutionen Verantwortung für den Umgang mit Gewalt übernehmen und die Pflegenden das Recht auf eine sichere Umgebung haben. Gefühle von Scham und Schuld bei Pflegenden sowie deren Isolation sollten vermieden werden.

Die psychischen und körperlichen Folgen nach Patientengewalt haben Konsequenzen für die Berufsausübung. Die Möglichkeit, dass Pflegende sich gegenseitig unterstützen können nachdem Patientengewalt stattgefunden hat, wird als wichtig erachtet. Pflegende sollen ermutigt werden, Gewalt zu melden. Pflegende, welche Patientengewalt erlebt haben, könnten zur Entwicklung weiterer effizienter Unterstützungsmassnahmen beitragen. Für die Bachelorarbeit gibt die Studie vor allem Hinweise auf die Möglichkeit von Gruppeninterventionen und die persönlichen Sichtweisen von Pflegenden, weshalb solche Interventionen nützlich sein könnten.

Die Beschreibung von Diskussionsschwerpunkten geben Hinweise darauf, woüber Pflegende sich nach erlebter Patientengewalt austauschen können und wie weitreichend die Thematik ist (Auswirkungen auf Familie, Privatleben, Beruf, etc.).

Beurteilung einer qualitativen Studie (nach Behrens & Langer)

Quelle:

Baby, M., Glue, P., & Carlyle, D. (2014). 'Violence is not part of our job': a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues Ment Health Nurs*, 35(9), 647-655. doi:10.3109/01612840.2014.892552

Forschungsfrage

Es wurde keine Forschungsfrage, sondern nur ein Ziel formuliert. Diese lautet:

Ziel der Studie ist es zu erforschen, welche Erfahrungen Psychiatriepflege im Zusammenhang mit Patientengewalt gemacht haben.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Wurde das Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Wurden Ziele der Untersuchung definiert?

Es wurde keine Forschungsfrage formuliert, sondern nur ein Ziel angegeben. Zum Umfeld des Themas wurden folgenden Aussagen gemacht. Aggression ist das schwierigste Verhalten, welchem Pflegenden am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Die Berufsgruppe der Pflegenden ist am häufigsten von Gewalt betroffen. Gewalt am Arbeitsplatz hat emotionale und psychische Folgen. Es zeigt sich jedoch, dass es in Neuseeland zu diesem Thema nur wenig Literatur gibt.

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

In der Studie selber wird das Qualitative Design nicht beschrieben. Weil die Forscher jedoch das Erleben der Pflegenden bei Patientengewalt untersuchen, kann abgeleitet werden, dass dies eine Phänomenologie Studie ist.

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

In der Studie wird nicht gesagt, wann das Literaturreview gemacht wurde. Es wurde ein Review über das Thema Gewalt in der Pflege und zur Definition von Gewalt gemacht, dies ist am Anfang der Studie ersichtlich. Beim Diskussionsteil wurden die vier Faktoren, die Gewalt verursachen können vorgestellt.

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

Wie erfolgte die Auswahl?

Die Probanden mussten folgende Kriterien erfüllen:

- Alle Teilnehmer mussten lizenzierte Pflegende oder in Ausbildung sein.
- Nur Personal, welches zur Arbeit in der Psychiatrie berechtigtes war, wurde bei der Studie befragt.
- Alle Studienteilnehmer arbeiten in einer bestimmten Neuseeländischen Provinz
- Alle Teilnehmer hatten Gewalt am Arbeitsplatz erlebt

Es wurden 13 Pflegefachpersonen und eine Pflegefachperson in Ausbildung ausgewählt. In der Studie wurde nicht beschrieben in welchem Zeitrahmen die Rekrutierung der Probanden stattgefunden hat.

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

Auch die Perspektive des Forschers?

Neben der Ausbildung, Arbeitsort und dem Faktor einmal Gewalt erlebt zu haben wurden die Studienteilnehmer nicht näher beschrieben.

Die Autoren bestätigen, dass sie keinen Interessenkonflikt bezüglich der Thematik haben und die Verantwortung für den Inhalt der Arbeit übernehmen.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

Methode der Datensammlung?

Es wurde ein halb strukturiertes Interview gemacht. Dies bedeutet, dass die Fragen jeweils an die Antworten zur vorhergehenden Frage angepasst wurden. Die Interviews wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert. Um qualitativ hochwertigere Daten zu erhalten, wurden 14 Personen für das Interview ausgesucht. Das Interview dauerte pro Person 30 bis 40 Minuten. Waren die Interviewpartner gefühlsmässig überfordert, wurde das Interview unterbrochen bis die interviewte Person weitermachen könnte.

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

In einem ersten Schritt nach Boyatzis' (1998) wurden drei Themen festgelegt. In einem nächsten Schritt wurden verwandte Unterthemen entwickelt. Die laufende Reflexion führte zu 3 Themen und 24 Unterthemen.

Ein wichtiger Schritt war das Zuteilen der Unterthemen zu den Themen. Damit am Ende der Arbeit alle Unterthemen den Themen zugeordnet sind. Zur Vereinfachung dieses Schrittes wurden die Themen gut definiert.

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Auf Grund der Effektivität von Qualitativen Daten wurden 14 Pflegenden interviewt bis die Sättigung erreicht werden konnte.

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Es wird beschrieben, dass die Datensammlung mittels der Theorie von Boyatzis' gemacht wurde. Die drei Hauptthemen sind in der Arbeit ersichtlich, die Unterthemen jedoch nicht. In der Arbeit werden die Hauptthemen mit Zitaten der Interviewpartnern belegt.

Im Diskussionsteil wird auch gut beschrieben, was die Ursachen für die Gewalt sind und was in Zukunft getan werden kann, um Gewalt zu verhindern.

Es wird aufgezeigt, das Pflegende nach einer Gewalttat Unterstützung brauchen um mit der Situation umgehen zu können.

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Es wird in der Arbeit nicht ersichtlich ob im Forscherteam Konsens herrscht. Es wird in der Arbeit nicht beschrieben ob die Teilnehmer die Möglichkeit hatten die Aussagen zu überprüfen.

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Die Ergebnisse zeigen die grosse Problematik beim Erleben von Gewalt im Psychiatriesetting und sind gut nachvollziehbar. Die Studie kann gut aufzeigen wie die Gewalt Einfluss auf das Privatleben hat.

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Die Forscher bringen den Input, das Thema Gewalt im Lehrplan noch mehr anzusprechen. Es gibt viele Aggressionsmanagement Programme, aber nur wenig Spielraum bei der Betreuung des Patienten. Ziel muss die Schaffung eines Programms sein, welches hilft Gewalt am Arbeitsplatz zu identifizieren, verhüten und bewältigen.

Des Weiteren sollten die Mitarbeiter mehr Verantwortung übernehmen und sich nicht auf die Vorgesetzten verlassen.

Es wird auch gut aufgezeigt, dass dieser Themenbereich noch wenig erforscht ist. Des Weiteren zeigt die Studie wie weitreichend die Folgen der Gewalt sind und dass es unbedingt Massnahmen zur Unterstützung der Personen braucht.

Da in der Studie nur 14 Personen befragt wurden, braucht es Folgestudien mit grösseren Gruppen um die Resultate zu bestätigen.

Beurteilung einer qualitativen Studie (nach Behrens & Langer)

Quelle:

Jack, S. M., LeGris, J., O'Mara, L., & Stevenson, K. N. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nurs*, 14, 35. doi:10.1186/s12912-015-0079-5

Forschungsfrage

Es wurden folgende 3 Forschungsfragen formuliert:

1. Wie beschreiben Pflegende ihre Erfahrungen mit Gewalt durch Patienten in der Akutpsychiatrie?
 2. Welche persönlichen und beruflichen Folgen und Erfahrungen beschreiben Pflegende im Zusammenhang mit Patientengewalt?
 3. Welche Strategie aus der Praxis wendeten die Pflegenden an, um die gewalttätige *oder* gewaltbereite Patienten zu beeinflussen?
-

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

Ja, die Forschungsfragen wurden klar ausformuliert. Es wurde beschrieben, dass der Berufsstand der Pflegenden im Gesundheitsbereich am stärksten von Gewalt betroffen ist. Andere Studien zeigen auf, dass zwischen 25 und 80 Prozent der Pflegenden im Berufsalltag Gewalt von Patienten und Angehörigen ausgesetzt sind. Vor allem in der Psychiatrie sind Pflegenden Patientengewalt ausgesetzt. Die Folgen der Gewalt können psychisch und physisch sein und kurz- oder langfristig auftreten. Des Weiteren wird beschrieben, dass die Folgen der Gewalt etwa 30 Prozent der Kosten verursachen, welche durch Krankheit und Unfälle entstehen. Eine Studie beschrieb, dass in Ontario Kosten von ca. 300'000 Kanada Dollar durch Gewalt verursacht werden. Weiter wird beschrieben, dass die Erfahrung von Pflegenden nach dem Erleben der Gewalt nur unzureichend beschrieben wurde. Des Weiteren zeigte sich, dass es keine klare begriffliche Definition von Gewalt gibt.

Es soll darum das Phänomen der Gewalt in der Psychiatrie beschrieben werden und Ansätze entwickelt werden, wie in Zukunft mit Gewalt umgegangen werden kann. Des Weiteren werden Bedürfnisse und Kenntnisse der Pflegenden nach dem Erleben der Gewalt erarbeitet.

**2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?
z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie**

In der Studie wird dargelegt, dass die Forscher nicht nur ein Phänomen beschreiben, sondern weitergehen wollen. Sie wollen Verbindungen zwischen Patientengewalt und deren Folgen untersuchen. Des Weiteren soll untersucht werden, welchen Einfluss dies auf die Pflege-Patienten-Beziehung hat. Weil die Forscher keine kulturelle Norm oder Regel ableiten wollen, lässt sich ableiten, dass es eine Grounded Theory ist.

**3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?
Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung Begründung?**

Die Literaturrecherche wurde nach der Durchführung der Interviews erstellt. Dabei wurde das Ziel verfolgt die Resultate mit anderen Studien zu vergleichen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu erfassen.

**4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?
Wie erfolgte die Auswahl?**

Die Probanden der Studien mussten folgende Kriterien erfüllen:

- Zugelassene Pflegefachkräfte
- Flüssig Englisch sprechen
- In den letzten 10 Jahren in der Akutpsychiatrie gearbeitet haben
- Eine Form oder Kombination von Gewalt (verbale oder physische Gewalt erlebt haben)

Weiter wurde darauf geachtet, dass die Pflegenden unterschiedliche Funktionen in der Pflege innehatten, damit ein breites Spektrum der Pflegebereiche abgedeckt wurde.

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

Auch die Perspektive des Forschers?

Das Durchschnittsalter der Probanden beträgt 37.5 (27-57 Jahren). Der Median der klinischen Berufserfahrung beträgt 6 Jahre. Die Teilnehmer stammen aus drei verschiedenen Provinzen: Ontario (n =9), Alberta (n =2) und New Brunswick (n =1) Acht Personen waren weiblich und vier Teilnehmer männlich. Alle arbeiteten auf einer Akutpsychiatrie. Alle Teilnehmer waren registrierte Pflegende. Die Ausbildung der Pflegenden reichte von Personen in Ausbildung bis zu Stationsleitern. Des Weiteren hatten manche Pflegende die Grundausbildung absolviert, andere hatten noch Zusatzausbildungen gemacht.

Das Umfeld der Pflegenden wurde nicht weiter beschrieben.

Die Autoren bestätigen, dass sie keinen Interessenkonflikt bezüglich der Thematik haben und die Verantwortung für den Inhalt der Arbeit übernehmen.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

Methode der Datensammlung?

Es wurde beschrieben, dass eine Ethikkommission die Studie genehmigt hatte. Es wurde über 9 Monate im Jahr 2013 halbstrukturierte Interviews gemacht. Die Interviewfragen sind in der Studie auch abgebildet. Dies wurde in der Institution oder per Telefon gemacht je nach Wunsch der Teilnehmer. Durch die Telefoninterviews entstanden weniger Kosten und so konnten mehr Personen teilnehmen. Die Interviews waren detailliert, reichhaltig und qualitative hochstehend. Sie dauerten 60-90 Minuten.

Der primäre Zweck des Interviews war es zu, klären wie Pflegende Patientengewalt definieren und ihre Gewalterfahrung am Arbeitsplatz zu erfassen. Sekundäres Ziel war es das Problem zu definieren, eine Bedürfnisanalyse zu erstellen und eine ausführliche Praxisanalyse von Patientengewalt zu machen.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und wörtlich vom Hauptautor (KS) auf NVivo 10, ein qualitative Datenanalyse -Software-Programm, importiert und transkribiert.

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Welches sind die Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Die Daten wurden mit einem herkömmlichen Content-Analyse-Ansatz induktiv analysiert und dann in Themen aufgeteilt. Die Themen wurden laufend angepasst, damit keine neuen Themen entstehen. Während der Überarbeitung der Daten wurde immer die gleichen Themen verwendet, damit die Ereignisse verglichen werden und die gesamten Attribute und Eigenschaften welche die Pflegenden durch die Gewalt erlebten erfasst werden konnten. Die Teilnehmer wurden zu einem zweiten Interview eingeladen um die Datensättigung zu erreichen.

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Ja. Es wird beschrieben, dass die Probanden für eine nicht geplante zweite Befragung eingeladen wurden um die Datensättigung zu verbessern.

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Der Prozess der Datensammlung mit den interviewten Personen ist gut beschrieben. In der Studie ist auch der Fragebogen für das Halbstrukturierte Interview abgebildet. Die Interviews dauerten 60-90 Minuten und wurden vor Ort oder per Telefon geführt. Der Prozess ist gut aufgezeigt und kann somit nachvollzogen werden. Es wurde auch ein Handbuch über die Datenanalyse geführt, damit diese von anderen Forschern nachvollzogen werden kann.

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

In der Diskussion wird eine These der Forscher beschrieben. Diese lautet: Pflegepersonal, welches auf die negativen Aspekte der Patienten fokussiert sind, entwickeln eine zynische Ansicht von der menschlichen Natur entwickeln. Diese These konnte jedoch in der Studie nicht belegt werden.

In der Studie wird beschrieben, dass die Studienteilnehmer die Möglichkeit hatten das transkribierte Interview zu lesen und ihre Zustimmung zu geben.

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Die Studie zeigt gut auf, was die Folgen von Gewalt sind. Die Forscher zeigen auch gut auf, wieso diese künftig die Gewalt fördern. Je nach Situation sind die Symptome der Gewalt stärker oder schwächer ausgeprägt. Dadurch wird das Verständnis für die Pflegenden vergrößert und der Leser der Studie kann nachvollziehen, wieso die Gefahr einer erneuten Patientengewalt nach dem ersten Erleben der Gewalt steigt. Es wird auch mit der entsprechenden Begründung gut aufgezeigt, wieso Pflegende den Patienten nicht mehr Freiheiten geben.

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Eine Massnahmen und ein Wunsch der Pflegenden wäre ein besseres klinisches Umfeld in der Institution und im. Weiteren sollten entsprechend dem Wunsch der Pflegenden in den Institutionen Richtlinien erarbeitet werden, zur Balance zwischen patienten-zentrierter Pflege und eigenem Schutz. Ferner werden Schulungen im Bereich Arbeitsplatzstigma bei Patienten, Risikoassessment, Prävention und Managerinterventionen sowie über den Einfluss von Macht und Kontrolle im Zusammenhang mit Patientengewalt gewünscht.

10.3. Tabellarische Übersichten zu den ausgewählten Studien

10.3.1. Interventionsstudien

Autoren	Nhiwatiwa
Jahr	2003
Land	Grossbritannien
Zielsetzung und Design	<p>Ziel</p> <p>Das Ziel der Studie war, es die Wirksamkeit einer kurzen pädagogischen Intervention (Lesen einer Broschüre zum Ausmass und Bewältigung eines Traumas) zur Verminderung des Leidens / der Not von Pflegenden im mittleren Sicherheitsbereich der Psychiatrie nach einer Gewalttat zu erforschen.</p> <p>Design</p> <p>Die Intervention wurde in einer randomisierten Kontrollstudie (RCT) getestet.</p>
Setting und Sample	<p>Setting</p> <p>Die Pflegenden wurden in vier Mittelsicherheitsbereichen in der Psychiatrie in England und Wales rekrutiert</p> <p>Sample</p> <p>40 Pflegende, welche an der Studie teilgenommen hatten, erfüllten die folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Pflegenden mussten von Patienten geschlagen worden sein - Der Vorfall musste bei der Arbeit aufgetreten sein
Verwendete Instrumente	<p>General Health Questionnaire (GHQ)</p> <p>Der GHQ ist ein 28 Punkte Skala Test, welcher die psychische Gesundheit misst. Dabei werden somatische Symptome, Angstzuständen, Schlaflosigkeit, soziale Dysfunktion und Schweregrad der Depression an jeweils 7 Punkten gemessen. Der Durchschnitt wird durch eine Addition aller 28 Ergebnissen ermittelt.</p>

	<p>Impact of Events Scale (IES)</p> <p>Die Skala misst mit 15 Punkten die eigenen Trauma-Symptome und subjektive Einschätzung der Not. Sie beruht auf der zwei Fakten Theorie von Horowitz wobei 7 Items auf Wiedererleben der Gewalttat bezogen sind und 8 Items auf Vermeidung fokussiert sind. Dabei musste die Symptomstärke der letzten 7 Tage mit einer Punktzahl von 0 bis 5 angegeben werden. Cronbachs war Alpha 0.78 für Einbruch- und 0,82 zur Vermeidung. Dieser Test zeigt, dass die Werte effektiv messen, was sie sollen.</p> <p>Cronbachs Alpha Test auf den Gesamt GHQ-28-Skala betrug 0,86 was zeigt, dass das Messinstrument erfasst, was es messen sollte.</p>
<p>Wichtigste Ergebnisse</p>	<p>Bei den Untersuchungen der Werte von Kontroll- und Interventionsgruppe mit dem T-Test konnte kein signifikantes Resultat ermittelt werden GHQ P= 0,26 und IES P= 0,56. Darum wurde ein Mann–Whitney Test gemacht. Dabei konnte eine Signifikanz bei IEs P = 0.03 festgehalten werden. Interessant war, dass bei der Interventionsgruppe die Werte signifikant schlechter waren als bei der Kontrollgruppe.</p> <p>In der Studie konnte festgestellt werden, dass es eine Korrelation zwischen der Stärke der erlebten Gewalt und der Symptome gibt.</p>
<p>Stärken/Schwächen</p>	<p>Stärken:</p> <p>Die Forscher haben nach dem ersten Test, welche keine Signifikanz aufzeigen konnte, einen zweiten Test gemacht, der nun eine Signifikanz aufzeigte. Die Studie wurde von einer Ethikkommission abgesegnet. Der Ablauf in beiden Gruppen war gleich aus der Intervention.</p>

	<p>Schwächen:</p> <p>Es wurde nicht aufgezeigt ob Alter und Geschlecht in beiden Gruppen gleichmässig vertreten war. Es wurde nicht gesagt, ob jemand die Studie abgebrochen hat.</p> <p>Wenn mehr Probanden an der Studie teilgenommen hätten, hätte es möglicherweise ein anderes Endresultat gegeben. Wäre die Studie über einen längeren Zeitraum gemacht worden, hätte es andere Ergebnis geben können. Wenn das Ergebnis der Studie repliziert werden könnte, hätte dies z.B. Folgen für andere Bildungsmassnahmen nach Patientengewalt.</p> <p>Auf Grund mangelnder Datenerhebung vor dem Vorfall, war nicht ersichtlich, wie die Einstellung der Pflegenden zur Arbeit und Gewalt vor den Vorfällen waren. Fehlende Mittel führten dazu, dass die Forscher die Ergebnisse grösstenteils selbst auswerteten.</p> <p>Wäre ein interventionsbasierendes Leidens -Assesement verwendet worden, hätte man genauere Resultate.</p>
--	---

Autoren	Inoue, Kaneko, Okamura
Jahr	2011
Land	Japan
Zielsetzung und Design	<p>Ziel:</p> <p>Evaluation der Effektivität eines Gruppeninterventions-Ansatzes, welcher die psychische Gesundheit von Psychiatriepflegenden nach erlebter Patientengewalt (physische oder verbale Gewalt) verbessern sollte.</p> <p>Design:</p> <p>Quantitatives Design, randomisierte Kontrollstudie (RCT)</p>
Setting und Sample	<p>Setting:</p> <p>Fünf psychiatrische Kliniken in zwei japanischen Distrikten</p> <p>Sample:</p> <p>62 Psychiatriepflegende, welche die Einschlusskriterien erfüllten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sie haben Gewaltereignisse von Patienten bei der Arbeit erlebt. – Sie waren zum Zeitpunkt der Einladung zur Studie sechs Monate oder länger im Beruf als Psychiatriepflegende tätig. – Sie waren fähig/geeignet zur Teilnahme an allen Interventionsprogrammen. – Sie haben eine informierte Zustimmung (informed consent) für die Teilnahme an der Studie abgegeben. – Sie waren nicht im administrativen Bereich tätig.
Verwendete Instrumente	<p>Impact of Event Scale-Revised (IES-R)</p> <p>Selbsteinschätzungs-Skala bestehend aus 22 Items, welche den psychisch traumatisierenden Effekt von Ereignissen evaluieren. In der Skala werden drei Untereinheiten</p>

	<p>gemessen: Intrusion, Vermeidung und Übererregung. Reliabilität und Validität der in der Studie verwendeten japanischen Version des Messinstruments wurden bestätigt.</p> <p>Profile of Mood States (POMS)</p> <p>Fragebogen mit 65 Items zur Selbsteinschätzung des aktuellen emotionalen Status. Der Fragebogen erlaubt das Erfassen des emotionalen Status anhand von sechs Skalen: Spannung/Angst, Depression/depressive Stimmung, Ärger/Feindseligkeit, Energie, Müdigkeit und Verwirrung. Die Reliabilität und Validität der japanischen Version wurde bestätigt. Die Frequenz jeder Stimmungslage während der letzten Woche wurde auf einer 5-Punkte-Skala von „nie“ (Punktzahl 0) bis „sehr häufig“ (Punktzahl 4) eingeschätzt.</p>
<p>Wichtigste Ergebnisse</p>	<p>Vergleich der Veränderungen der Messwerte in der IES-R zwischen den beiden Gruppen: Signifikante Unterschiede bezüglich Veränderungen der Punktzahlen wurden sowohl für den Interaktions- als auch für den Haupteffekt auf Vermeidung, Übererregtheit und die Gesamtpunktzahl erkannt. Für die Intrusion bestand nur bezüglich Haupteffekt ein signifikanter Unterschied.</p> <p>Vergleich der Veränderungen der Messwerte im POMS zwischen den beiden Gruppen: Signifikante Unterschiede wurden festgestellt bezüglich Interaktions- und Haupteffekt auf die Angst-Anspannungsskala und bezüglich Haupteffekt auf die Depressionsskala. Für die restlichen Items (Ärger, Kraft, Müdigkeit, Verwirrung) gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.</p>
<p>Stärken/Schwächen</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dem RCT-Design kommt in der quantitativen Forschung ein hohes Evidenzlevel zu. - Die ethischen Aspekte (Studie wurde einer Ethikkommission vorgelegt, Teilnehmer/innen gaben informierte Zustimmung ab) wurden respektiert.

	<ul style="list-style-type: none"> - Zu Beginn der Studie wurde die Homogenität der Stichprobe getestet und ergab keine signifikanten Unterschiede. - Die Messinstrumente waren valide, reliabel und wiesen interne Konsistenz auf. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine explizite Forschungsfrage wurde formuliert - Es erfolgte kein Test zur Bestimmung einer aussagekräftigen Stichprobe - Nicht alle Teilnehmer/innen waren bis Ende der Studie dabei, sowohl in der Kontroll- als auch in der Interventionsgruppe gab es Ausfälle. Näher erklärt wurden diese nicht. - Es wurden keine Konfidenzintervalle angegeben - Nicht signifikante Unterschiede bezüglich Effekt auf die psychischen Folgen wurden nicht diskutiert. <p>Folgende Aspekte wurden in der Studie kritisiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse der Unterschiede in Charakter, Sicherheitsmanagement, Sicherheitspraxis und anderen Faktoren der teilnehmenden Institutionen war mangelhaft. - Es konnte nicht ausgeschlossen werden, dass die Teilnehmenden kein vollständiges Verständnis der Definition von verbaler/physischer Gewalt hatten - Eine Doppelverblindung konnte für diese Studie nicht angewendet werden - der Autor übernahm alle Rollen in der Studie, von der Einladung der Teilnehmer, der Zuteilung der Teilnehmer in die Gruppen, ebenso wie die Implementierung und Evaluation der Intervention (Unabhängigkeit?). - Die Stichprobe war mit insgesamt 65 Pflegenden wenig repräsentativ.
--	---

10.3.2. Qualitative Studien

<p>Autoren</p> <p>Jahr</p> <p>Land</p>	<p>Lanza, Demaio, Benedict</p> <p>2005</p> <p>USA</p>
<p>Zielsetzung und Design</p>	<p>Zielsetzung:</p> <p>Absicht der Studie: die Ziele und den Inhalt einer Psycho-Edukations-Gruppe zur Unterstützung von Personal nach Patientenübergriffen aufzeigen, die Reaktion der Teilnehmenden auf die Intervention beschreiben</p> <p>Design:</p> <p>Qualitatives Design, nicht eindeutig zu bestimmen</p>
<p>Setting und Sample</p>	<p>Setting:</p> <p>Staatliches Spital des Veteranenministeriums in Massachusetts, USA</p> <p>Sample:</p> <p>Insgesamt zehn Teilnehmer/innen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - neun weibliche, eine männliche Person - fünf Pflegefachpersonen, vier Pflegeassistentenpersonen, ein Sozialarbeiter - neun weiße Personen, eine Person mit hispanischer Abstammung. - Altersspanne 34-62 Jahre - Die Teilnehmer/innen haben über 15 Jahre in der Psychiatrie gearbeitet, die meisten sogar 25-30 Jahre, zwei arbeiteten in einem Pflegeheim. - jeder der Teilnehmer wurde mindestens drei Mal Opfer von Patientengewalt. Fast die Hälfte gab an, 100-200 Mal in ihrer Laufbahn Gewalt erlebt zu haben. Sowohl körperliche als auch verbale Gewalt wurden erlebt.

<p>Datensammlung und Analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - die Datensammlung erfolgte zwei Mal wöchentlich für eine Stunde über eine Zeit von sechs Wochen. - zu Beginn der Datensammlung wurde die freiwillige Teilnahme der Probanden geklärt - Ein Studienautor übernahm die Gruppenleitung und gab Inputs zu den Schwerpunkten - Durch jeweils eine unabhängige Person wurden die Diskussionen aufgenommen und zusammengefasst - Am Ende der Sessionen wurde eine Bewertung der Teilnehmer/innen zur Erreichung zuvor formulierter Ziele gemacht.
<p>Wichtigste Ergebnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In den zwölf Sessionen fand ein offener Austausch zu den Schwerpunkten statt. Die Teilnehmer/innen machten durch die Inputs des Gruppenleiters ebenso wie durch Reflexionen in der Gruppe Erkenntnisse in Bezug auf Patientengewalt. Sie entwickelten einen persönlichen Plan im zukünftigen Umgang mit potentiell gewalttätigen Patienten. - Die Ziele der Sessionen wurden erreicht - Die Bewertung der Teilnehmer/innen bezüglich der Inputs des Gruppenleiters und den Gesprächsschwerpunkten fielen grossmehrheitlich positiv aus.
<p>Stärken/Schwächen</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine ausführliche Zusammenfassung vorhandener Literatur veranschaulicht die Problematik und den Grund für die Studie - alle Teilnehmer/innen haben Patientengewalt erlebt - Ziele und Inhalte der Sessionen sind ausführlich beschrieben - Die Datensammlung wird beschrieben, Aufnahme und Zusammenfassung der Gruppendiskussionen erfolgten durch unbeteiligte Personen

	<p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Keine klare Forschungsfrage wurde formuliert- Das genaue Forschungsdesign ist nicht eindeutig zu erkennen- Die Rekrutierung von Teilnehmern wurde nicht genau beschrieben- Es wurde nicht erwähnt, ob die Studie einer Ethikkommission vorgelegt wurde- Die Methode der Analyse/Auswertung der Daten ist nicht offensichtlich- Es wurde nicht genau erwähnt, wie lange die erlebte Patientengewalt bei den einzelnen Teilnehmer/innen zurückliegt.- Bezüglich Aussagen zur Wirksamkeit von Interventionen weist die Studie aufgrund ihres qualitativen Designs ein tiefes Evidenzlevel auf
--	---

Autoren	Lanza, Schmidt, McMillan, Demaio, Forester,
Jahr	2011
Land	USA
Zielsetzung und Design	<p>Ziel:</p> <p>Es sollte ein Programm getestet werden, welches von Patientengewalt betroffenen Pflegenden aktuelle Informationen und Coping-Strategien vermittelt.</p> <p>Design:</p> <p>Qualitativ, am ehesten Phänomenologie, nicht eindeutig erkennbar</p>
Setting und Sample	<p>Setting:</p> <p>Edith Nurse Rogers Memorial Veterans Hospital, Bedford, Massachusettes, USA</p> <p>Sample:</p> <p>Gruppe aus acht Pflegenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sieben weibliche, eine männliche Person - Alle haben kurz zuvor Patientengewalt erlebt, drei bereits mehrmals davor - Altersspanne von 26 bis 58 Jahre, sechs Teilnehmer/innen ungefähr 50 - Lange Berufserfahrung
Datensammlung und Analyse	Datensammlung während zwölf Wochen jeweils eine Stunde pro Woche, keine genaue Beschreibung
Wichtigste Ergebnisse	Pflegende haben es als hilfreich empfunden, sich über die Erfahrungen von Patientengewalt mit anderen Betroffenen auszutauschen. Sie haben einen Umgang mit dem Erlebten gefunden und fühlten sich auf ähnliche Situationen in der Zukunft besser vorbereitet. Gefühle, welche sie sonst nicht angesprochen hätten, konnten zum Ausdruck kommen. Einige Teilnehmer/innen realisierten, dass sie

	<p>die Folgen der Patientengewalt zuvor heruntergespielt oder sich selbst dafür beschuldigt haben. Sie bemerkten, dass eine Unterstützung durch die Institution wichtig wäre und Patientengewalt mehr Beachtung bedarf.</p>
<p>Stärken/Schwächen/</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Teilnahme an der Studie war freiwillig - Die Teilnehmer wurden über das Ziel der Studie, die Art der Gruppenintervention und die damit verbundenen Abläufe informiert. - Die Teilnehmer stimmten in einem mündlichen Vertrag zu, Informationen aus den Gruppendiskussionen vertraulich zu behandeln. ➔ Ethische Aspekte respektiert - Die Gruppe blieb über die 12 Wochen beständig - Zitate veranschaulichten Argumente - Es wurden konkrete Empfehlungen für die Praxis abgegeben - Die Autoren gaben Vorschläge für weitere Forschungen ab. Es wurde kritisiert, dass noch keine Studie mit Kontrollgruppe zum Nachweis der Effektivität durchgeführt wurde. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ethik: Es wurde nicht erwähnt, ob die Studie einer Ethikkommission vorgelegt wurde - Eine explizite Fragestellung wurde nicht formuliert - Datensammlung und -analyse wurden nicht ausführlich beschrieben, der Prozess ist nicht ersichtlich - Bei der Rekrutierung der Teilnehmer entstand ein Bias - Die Effektivität des Programms wurde noch nicht methodisch getestet.

Autoren	Baby, Glue, Carlyle
Jahr	2014
Land	Neuseeland
Zielsetzung und Design	Das Ziel der Studie ist es zu erforschen, welche Erfahrungen Psychiatriepflegende im Zusammenhang mit Patientengewalt gemacht haben.
Setting und Sample	<p>Setting:</p> <p>Psychische Gesundheitsversorgung in einer Provinz von Neuseeland</p> <p>Sample: Es nahmen 13 Pflegende und eine Pflegend in Ausbildung an der Studie teil.</p> <p>Einschlusskriterien für die Studie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lizenzierte Pfleger/Innen oder in Ausbildung. 2. Das Erleben von Gewalt im Laufe des Berufslebens <p>Rekrutierung der Teilnehmer erfolgt in einer bestimmten Zeitspanne.</p>
Datensammlung und Analyse	<p>Zum Sammeln der Daten wurde ein Semistrukturiertes Interview verwendet. Laut der Studie von (Denzin & Lincoln, 2000) wurde eine kleine Anzahl von Studienteilnehmern ausgesucht um die Effektivität zu steigern. Das Interview war individuell aufgebaut und die Fragen wurden an die vorherigen Antworten angepasst (Friesen 2010).</p> <p>Bei der Interview Analyse wurde die Themenentwicklung nach Boyatzis' (1998) gemacht. Dabei wurden 3 Themen und 24 Unterthemen entwickelt.</p>
Wichtigste Ergebnisse	<p>Art der Gewalt</p> <p>Die Teilnehmer stellten fest, dass Aggression und Gewalt durch direkte oder indirekte Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale, fachliche Expertise, klinische Rollen und statische und dynamische Faktoren beeinflusst werden kann.</p>

	<p>Die Pflegenden äußerten einen Verlust des Sicherheitsgefühls, unabhängig von der Art der Gewalt, welche sie erlebt hatten. Die Erfahrung der Gewalt hatte auch Einfluss auf ihr Privatleben.</p> <p>Die Pflegenden wurden am häufigsten von den Patienten beschimpft. Weil diese Beschimpfungen täglich vorkamen, wurde die Idee entwickelt, diese therapeutisch einzusetzen. Wie wurde jedoch nicht näher beschrieben</p> <p>Auswirkungen der Gewalt</p> <p>Gewalt kann Einfluss auf das emotionale Leben haben. Die Folgen sind Angst, Frustration, Verletzlichkeit, Groll, Kummer und Wut. Emotionale Veränderungen sind meist der erste Schritt zu einer persönlichen und beruflichen Veränderung.</p> <p>Einige Teilnehmer beschrieben nach dem Erleben der Gewalt einen Lernprozess gemacht zu haben. Sie konnten ihr Wissen und Praxiserfahrung erweitern.</p> <p>Negative Konsequenzen der Gewalt waren Verlust des Selbstbildes, Selbstvertrauens und Vertrauen und Burn-out. Das Erleben der Gewalt am Arbeitsplatz hatte auch Einfluss auf das Familien- und Privatleben.</p> <p>Die körperlichen Folgen wurden in zwei Bereiche unterteilt. Als milde Folgen wurden Quetschungen, Abschürfungen, Schmerzen und Schwellungen genannt. Als ernste Verletzungen wurden Kopfverletzungen, Asphyxie und sensorische Defizite eingestuft.</p> <p>Physische Beeinträchtigungen können indirekte Folgen wie Einkommensverlust, lange Freistellung und medizinische Behandlungskosten verursachen.</p>
<p>Stärken/Schwächen</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Ethikkommission hat die Studie untersucht. - Die Themen der Studie wurden mit einem anerkannten Raster analysiert.

	<ul style="list-style-type: none">- Die Kriterien für die Teilnahme an der Studie wurden klar definiert.- Die Datensammlung und Analyse sind gut beschrieben.- Es wurde beschrieben das eine Datensättigung erreicht wurde.- Es wurden gute Inputs für die Praxis gegeben. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Es wurde keine Forschungsfrage formuliert.- Es wurde nicht beschrieben, wann die Literaturreview gemacht wurde.- Der genau Zeitpunkt der Rekrutierung der Studienteilnehmer ist nicht beschrieben.- Die Studie ist auf 14 Teilnehmer aus einer Region in Neuseeland beschränkt.- Es wurde nur Personen interviewt, die nach dem Erleben der Gewalt weiter in der Pflege arbeiten.
--	--

Autoren	Kelly, Stevenson, Susan, Jack, O'Mara, LeGris
Jahr	2015
Land	Kanada
Zielsetzung und Design	<p>1. Wie beschreiben Pflegende ihre Erfahrungen von Patienten Gewalt in der Akutpsychiatrie?</p> <p>2. Welche persönlichen und beruflichen Folgen und Erfahrungen beschreiben Pflegende im Zusammenhang mit Patientengewalt?</p> <p>3. Welche Strategie aus der Praxis wendeten die Pflegenden an, um die Patientengewalt zu beeinflussen?</p>
Setting und Sample	<p>Setting: Akut Psychiatrie in Kanada in den Provinzen Ontario, Alberta und New Brunswick</p> <p>Sample: 12 Pflegende wovon 8 Frauen und 4 Männer teilgenommen haben. Dabei mussten die Pflegende folgende Kriterien erfüllen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lizenzierte Pflegeausbildung in ihrer Region 2. Fließende englische Sprachkenntnisse 3. In den letzten 10 Jahren Anstellung auf einer Akutpsychiatrie Abteilung mit Erwachsenen 4. Einmaliges oder mehrfaches Erleben von Gewalt.
Datensammlung und Analyse	<p>Zur Sammlung der Daten wurde ein halb strukturiertes Interview gemacht. Es wurden Telefoninterviews gemacht, weil dies günstiger war bezüglich Kosten und Reisezeit und die Sicherheit der Interviewer bezüglich Resultaten verbessert (Aday 1996). Im Weiteren sind Telefoninterviews sehr detailliert und von hoher Qualität.</p> <p>Die Interviews wurde in NVivo 10, ein qualitatives Datenanalyse-Software-Programm, importiert und transkribiert.</p> <p>Die Daten wurden induktiv unter Verwendung eines herkömmlichen Content-Analyse-Ansatz analysiert. Die Daten</p>

	<p>wurden gesammelt und entsprechende Themengruppen gebildet, die dem jeweiligen Aspekt zugeordnet wurden.</p>
<p>Wichtigste Ergebnisse</p>	<p>Die Pflegend erlebten, dass die erlebte Gewalt Einfluss auf ihr berufliches und privates Leben hatte. Die Angst der Pflegenden war dann am grössten, wenn sie merkten, dass sie die Situation nicht unter Kontrolle hatten, diese sehr gefährlich war oder die Gewalt gezielt gegen einen Pflegenden gerichtet war.</p> <p>Die Angst war kleiner, wenn die Gewalt gegen das gesamte Pflgeteam gerichtet war oder die Pflegenden unter Kollegen Schutz und Unterstützung erlebten.</p> <p>Es wurde Wut geäussert. Wenn die Pflegenden glaubten, dass sie zu wenig Unterstützung erhielten, richtete sich die Wut gegen das Team. Die Pflegenden betrachteten das Erleben von Gewalt als Teil ihrer Arbeit.</p> <p>Die Pflegenden äusserten, dass ein Konflikt zwischen Selbstschutz und Betreuung des Patienten bestehe. Die Einstellung der Pflegenden zu den Themen Macht, Kontrolle und Stigma beeinflusste die Patientengewalt. Die Pflegenden wünschten sich bessere Weiterbildung, Nachbesprechungen und die Schaffung eines besseren Arbeitsumfeldes.</p>
<p>Stärken/Schwächen</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Studie wurde von einer Ethikkommission abgesegnet. - Es wurde eine Vielzahl von Tests gemacht, um die Ergebnisse zu verifizieren.

	<p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Die Resultate der Studie können nicht verallgemeinert werden, weil nur 14 Personen daran teilgenommen haben.- Es hatten nur Personen an der Thematik Interessierte teilgenommen.- Es nahmen keine Personen an der Studie teil, welchen nach dem Erleben der Gewalt die Arbeitsstelle gewechselt hatten.
--	--

10.4. Unterstützungsgruppe: Inhalte und Ziele der zwölf Sessionen

Session 1: Einführung und Austausch der Erfahrungen mit Gewaltereignissen

Ziele:

- die einzelnen Bestandteile des ganzen Programms erklären
- den Gruppenprozess bezüglich Gewaltereignissen erkennen

Inhalte:

- Abschluss eines mündlichen Vertrags mit dem/der Gruppenleiter/in zur Einhaltung der Gruppenregeln
- Einverständniserklärung der Teilnehmer/innen zum offenen Austausch und der Reflexion von Gedanken und Gefühlen in Bezug auf die erlebte Patientengewalt
- Teilen der Erfahrungen mit Patientengewalt aus intrapsychischer Sicht (Emotionen, Reaktionen) jedes Gruppenmitglieds

Session 2: Statistische Daten und Kategorisierung der Opferreaktionen

Ziele:

- Das Ausmass der Gewaltereignisse beschreiben
- Reaktionen der Opfer in Kategorien einteilen

Inhalte:

- Aktuelle Informationen des Gruppenleiters/ der Gruppenleiterin zur geschätzten Häufigkeit von Patientengewalt und Faktoren, welche diese Schätzungen beeinflussen
- Einteilung der geschilderten Reaktionen auf die Patientengewalt in Kategorien (kurz- und langzeitige emotionale, soziale, biophysikalische und kognitive Reaktionen)

Sessionen 3 und 4: Analyse der Erfahrungen mit Gewaltereignissen

Ziele:

- Die Erfahrungen mit Patientengewalt analysieren
- Bereiche erkennen, die einen besonderen Einfluss auf die Reaktionen der betroffenen Pflegenden hatten

Inhalte:

- Diskussion über das Setting, in dem die erlebte Patientengewalt stattgefunden hat, die Häufigkeit solcher Ereignisse innerhalb des Settings, die Art der Opferreaktion, Gefühle der Opfer, Auswirkungen auf die Familiendynamik, das Weiterverfolgen und die erforderliche Dokumentation des Vorfalls, Auswirkungen auf die Teamarbeit, die Reaktion der Institutionsleitung bezüglich der Patientengewalt

Session 5: Beziehung zu den Patienten

Ziele:

- Verhaltensweisen in Bezug auf die Beziehung zu den Patienten identifizieren
- Methoden für den Umgang mit häufigen Verhaltensweisen diskutieren

Inhalte:

- Beschreibung möglicher Verhaltensweisen zwischen Patient und Pflegepersonal nach erlebter Gewalt durch den/die Gruppenleiter/in
- Austausch des Pflegepersonals über die Veränderung der Beziehung zu Patienten nach der erlebten Gewalt
- Diskussion von Ideen für den Umgang mit den geschilderten Veränderungen (Gespräche mit Team, Patient, Einzelpersonen)

Session 6: Beziehungen im Team

Ziele:

- Verhaltensweisen von Opfer und Teammitgliedern identifizieren
- Methoden zum Umgang mit diesen Verhaltensweisen vorschlagen

Inhalte:

- Einleitung des Gruppenleiters/der Gruppenleiterin und anschließende Diskussion darüber, wie sich Pflegende nach erlebter Patientengewalt im Team verhalten haben
- Erkennen von Gemeinsamkeiten im Verhalten
- Besprechung von Reaktionen aus dem Team, positive und negative Empfindungen dazu
- Diskussion, welche Massnahmen im Team hilfreich sein könnten

Session 7: Verhältnis mit der Familie

Ziele:

- Beschreiben von Reaktionen der Familienmitglieder
- Diskussion über die Art, einen Austausch mit der Familie in Bezug auf die erlebte Patientengewalt einzuleiten

Inhalte:

- Diskussion darüber, wie das Erleben von Patientengewalt in der Familie angesprochen werden kann
- Information zur Möglichkeit und Wichtigkeit von professioneller Unterstützung durch den/die Gruppelleiter/in
- Austausch, in welcher Phase nach der erlebten Gewalt die Familie am hilfreichsten ist
- Analyse der Veränderung innerhalb der Familie nachdem eine Person Gewalt am Arbeitsplatz erlebt hat

Session 8: Schuldzuweisung

Ziele:

- Probleme mit Schuldzuweisungen identifizieren
- den Effekt von Schuldzuweisung auf die Opfer beschreiben

Inhalte:

- Informationen des Gruppenleiters über die Bedeutung, Art und Häufigkeit von Schuldzuweisungen nach Patientengewalt
- Pflegende tauschen sich aus über erlebte Schuldzuweisungen und machen Vorschläge, was dagegen helfen könnte

Session 9: Rollenkonflikt

Ziele:

- Den intrapsychischen Konflikt der Opfer in Bezug auf die Täter beschreiben
- den interpersonellen Konflikt in den Opfern diskutieren
- Strategien zur Konfliktlösung identifizieren

Inhalte:

- Informationen des Gruppenleiters bezüglich professioneller Rolle und Opferrolle
- Diskussion in der Gruppe über den Konflikt zwischen dem Eingehen auf eigene Bedürfnisse und diejenigen des Patienten
- Austausch individueller Strategien im Umgang mit dem Rollenkonflikt

Session 10: Interventionen

Ziele:

- Die Strategien besprechen, welche gegen die Folgen der Übergriffe eingesetzt wurden
- notwendige Kriterien für eine angebrachte Unterstützung festlegen

Inhalte:

- Beschreibung der Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegende zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach erlebter Patientengewalt
- Austausch darüber, wie eine angepasste Unterstützung aussehen sollte, mit welchem administrativen Aufwand sie verbunden sein soll, welche Rolle Pflegende und Institution einnehmen

Session 11: Coping-Strategien

Ziele:

- Die Strategien der Opfer im Umgang mit dem Übergriff beschreiben
- Coping-Strategien, welche vom System benutzt werden, identifizieren

Inhalte:

- Der Gruppenmoderator gibt eine Erklärung zu Coping-Strategien und zum Umgang mit Patientengewalt in Institutionen
- Das Pflegepersonal tauscht sich aus über ihre angewendeten Strategien im Umgang mit der Patientengewalt und über ihre Rechte in der Institution

Session 12: Entwicklung eines persönlichen Plans

Ziele:

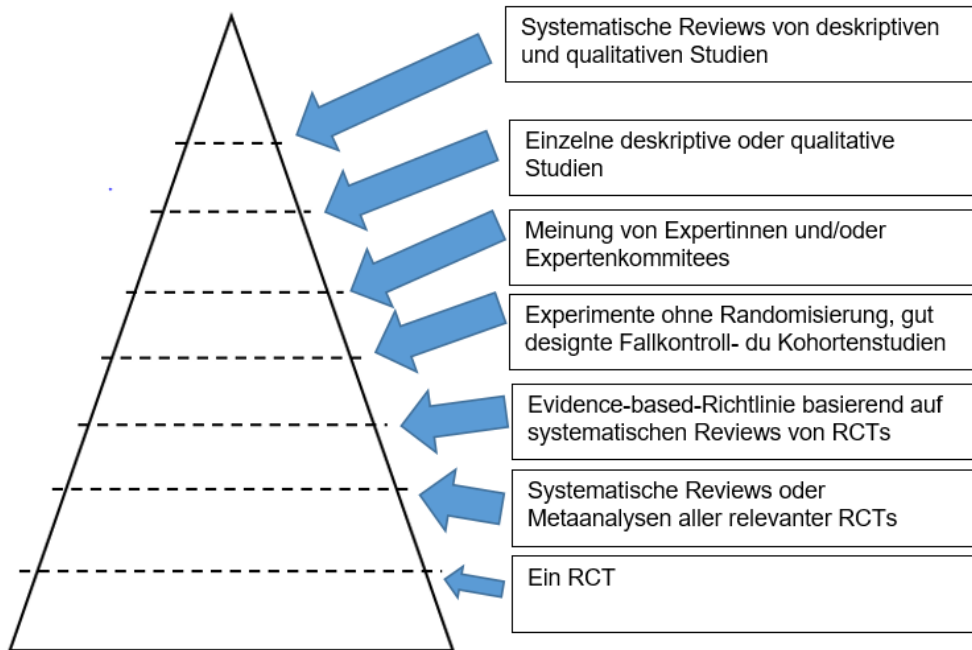
- Die Teilnehmer entwickeln und beschreiben einen persönlichen Plan für die zukünftige Arbeit mit potentiell aggressiven Patienten

Inhalte:

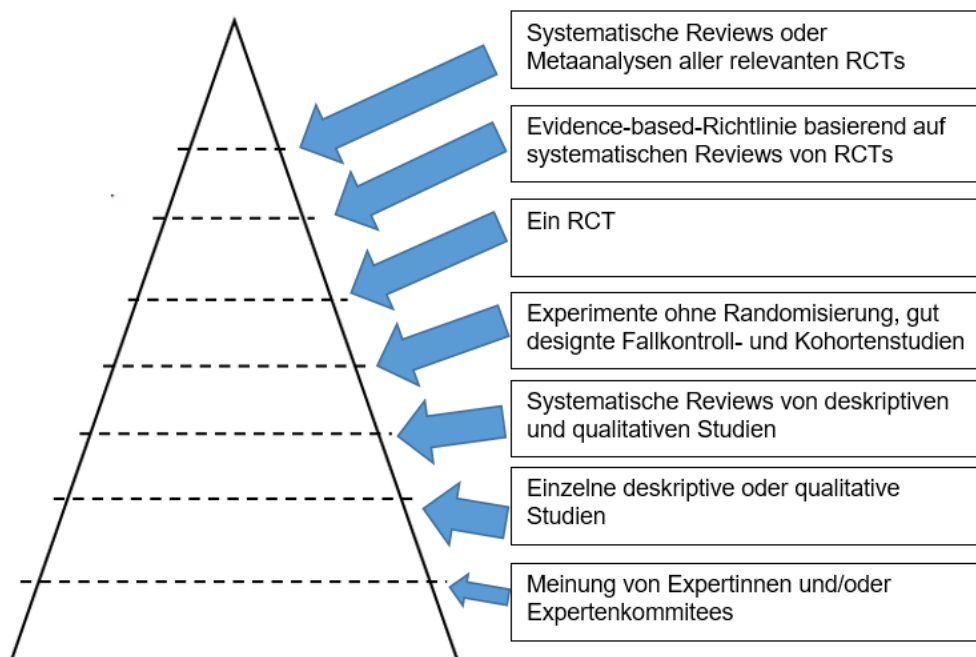
- Der/die Gruppenleiter/in beschreibt eigene Strategien im Umgang mit potentiell gewalttätigen Patienten
- Pflegende beschreiben, welche Strategien sie im zukünftigen Umgang mit potentiell gewalttätigen Patienten anwenden können

10.5. Evidenzhierarchien von Studien

Klassische Evidenzhierarchie für Fragen der Effektivität



Evidenzhierarchie für Fragen nach dem persönlichen Erleben



Darstellung nach Mayer (2011)

10. 6. Selbstständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir diese Arbeit selbständig verfasst haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, haben wir als solche kenntlich gemacht.

Fribourg, 14. Juli 2016



P. Steiner E. Hoffmann