

Es tut so weh, zuzusehen

Wie sich selbstverletzendes Verhalten von Patientinnen und Patienten auf Pflegefachpersonen auswirkt und wie sie damit umgehen

Rota, Corina
17-667-700

Stamm, Sara
17-667-783

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF.17
Eingereicht am: 01.05.20
Begleitende Lehrperson: Sommer, Heidi

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
1 Einleitung.....	1
1.1 Ziel und Fragestellung	2
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Terminologie.....	3
2.2 Definition	3
2.3 Ursachen	4
2.4 Art und Lokalisation	4
2.5 Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky	4
2.5.1 Gesundheitskontinuum	5
2.5.2 Generalisierte Widerstandsressourcen	6
2.5.3 Kohärenzsinn	6
3 Methode	8
3.1 Suchstrategie	8
3.2 Limitationen und Ein- und Ausschlusskriterien	11
3.3 Auswahl der involvierten Studien.....	11
3.4 Instrumente zur kritischen Würdigung und Beurteilung der Güte	13
4 Ergebnisse	14
4.1 A qualitative exploration of how health care workers in an inpatient setting in Norway experience working with patients who self-injure (Lundegaard Mattson & Binder, 2012)	18
4.1.1 Kritische Würdigung.....	19
4.1.2 Einschätzung der Güte	20
4.2 An exploration of the impact of self-harm in an inpatient adolescent setting on staff: a qualitative study (Rouski et al., 2017).....	21
4.2.1 Kritische Würdigung.....	21
4.2.2 Einschätzung der Güte	23

4.3	Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm (Wilstrand et al., 2007).....	24
4.3.1	Kritische Würdigung.....	24
4.3.2	Einschätzung der Güte	26
4.4	Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm (Thompson et al., 2008).....	27
4.4.1	Kritische Würdigung.....	27
4.4.2	Einschätzung der Güte	29
4.5	Lived experience of working with female patients in a high secure mental health setting (Beryl et al., 2018)	30
4.5.1	Kritische Würdigung.....	30
4.5.2	Einschätzung der Güte	31
4.6	Mental health nurses' experiences of Caring for patients suffering from self-harm (Tofthagen et al., 2014).....	32
4.6.1	Kritische Würdigung.....	32
4.6.2	Einschätzung der Güte	34
4.7	Ergebnisse der Studien	35
4.7.1	Gefühlserleben.....	35
4.7.2	Beziehung zu den Patientinnen und Patienten	37
4.7.3	Zusammenarbeit des Pflegeteams	37
4.7.4	Strategien.....	38
4.7.5	Verständnis von SVV	40
5	Diskussion	41
5.1	Bezug zur Fragestellung.....	41
5.2	Auseinandersetzung mit den qualitativen Unterschieden der Studien.....	41
5.3	Kritische Gegenüberstellung der Ergebnisse	43
5.3.1	Gefühlserleben.....	43
5.3.2	Beziehung zu Patienten und Patientinnen	44
5.3.3	Zusammenarbeit.....	45

5.3.4	Strategien.....	46
5.3.5	Verständnis	47
5.4	Bezug zum Salutogenese-Konzept	49
5.4.1	Verstehbarkeit.....	49
5.4.2	Handhabbarkeit.....	49
5.4.3	Sinnhaftigkeit	50
5.4.4	Stressoren.....	50
5.4.5	Generalisierte Widerstandsressourcen	50
5.5	Beantwortung der Fragestellung.....	53
5.6	Limitationen	54
6	Theorie-Praxis-Transfer.....	55
6.1	Empfehlungen zur Förderung von generalisierten Widerstandsressourcen	55
6.2	Empfehlungen zur Förderung des Kohärenzgefühls	57
7	Zusammenfassung	58
	Literaturverzeichnis	II
	Abbildungsverzeichnis	XI
	Tabellenverzeichnis.....	XII
	Danksagung	XIII
	Wortzahl	XIV
	Eigenständigkeitserklärung.....	XV
	Anhang A: Suchprotokoll	XVI
	Anhang B: AICA'S	XXII

Abstract

Hintergrund: Pflegefachpersonen, die in einem psychiatrischen Setting arbeiten, werden häufig mit selbstverletzendem Verhalten (SVV) konfrontiert. Die Betreuung von Menschen mit SVV kann für Pflegende herausfordernd sein.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, Auswirkungen von selbstverletzendem Verhalten von Betroffenen auf Pflegefachpersonen im psychiatrischen Setting zu explorieren. Auf folgende Bereiche wird dabei ein Fokus gelegt: Gefühlserleben, Beziehung zu Betroffenen, Zusammenarbeit im Team, Verständnis von SVV und Strategien im Umgang mit den Auswirkungen.

Methode: Mittels einer Literaturrecherche wurden in den Datenbanken Cinahl, Medline, PsycInfo mit definierten Keywords sechs geeignete qualitative Studien gefunden.

Relevante Ergebnisse: Es konnten Bereiche identifiziert werden, die einen Einfluss auf das Erleben der Pflegenden in der Betreuung von Menschen mit SVV ausüben. Diese umfassen (1) Verständnis von SVV, (2) Mangel an Fachwissen und die daraus resultierende Unsicherheit im Umgang mit SVV, (3) Wichtigkeit des Teams als soziales Netzwerk, (4) institutionelle Faktoren wie mangelnde Finanzen, Zeitdruck, Personalmangel, ein hektisches Arbeitsumfeld und (5) Herausforderung der Beziehungsgestaltung zu Betroffenen von SVV.

Schlussfolgerung: Pflegefachpersonen erleben im Umgang mit SVV viele Herausforderungen. Diese Arbeit formuliert Empfehlungen für das psychiatrische Setting mit Einbezug des Salutogenese-Konzepts für den Umgang mit diesen Stressoren.

Keywords: influence, selfharm, mental health care, nurse(s)

1 Einleitung

„Man hat das Gefühl, seinen Job nicht richtig gemacht zu haben. Als ob ich meine Aufgabe nicht erfüllt hätte“ (Duperouzel & Fish, 2007, S. 63).

Selbstverletzendes Verhalten kommt in der psychiatrischen Population sowie in der Allgemeinbevölkerung vor, wobei die Prävalenzangaben stark variieren. Eine amerikanische Studie von Klonsky et al. (2003), in der Rekrutinnen und Rekruten der Air Force befragt wurden, ergab eine Lebenszeitprävalenz von 4% für die Allgemeinbevölkerung. In Grossbritannien zeigte eine Untersuchung von Hawton et al. (2007) eine Lebenszeitprävalenz von 13,2%. Im deutschsprachigen Raum wiederum nennt Resch (2001) eine Prävalenz von 1% in der Allgemeinbevölkerung. Eine Umfrage in sieben europäischen Ländern von Scoliers et al. (2009) mit über 30'000 Jugendlichen ergab eine Lebenszeitprävalenz von 11,1 %. Gründe für die grosse Spannbreite könnten unterschiedliche Definitionen von selbstverletzendem Verhalten sowie unterschiedliche Altersgruppen der Probandinnen und Probanden sein. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die Prävalenz im Laufe der Jahre gestiegen ist. Gemäss Steiner und Köhnlein (2010) nimmt die Zahl vor allem im Kindes- und Jugendalter stark zu. Ein möglicher Grund sei die vermehrte Medienpräsenz des Phänomens.

Pflegeschwestern, die in einem psychiatrischen Setting arbeiten, werden häufig mit selbstverletzendem Verhalten konfrontiert. Eine Studie von Herpertz & Sass (1994) ergab eine Prävalenz des Phänomens bei Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Setting von 4,3%. Biere und Gil (1998) stellten in ihrer Studie mit 390 Teilnehmenden sogar eine Prävalenz von 21% im klinischen Setting fest, wovon 8% angaben, selbstverletzendes Verhalten häufig durchzuführen. Am weitesten verbreitet ist selbstverletzendes Verhalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Schmahl & Stiglmayr, 2009). In einer amerikanischen Studie von Zanarini et al. (2008) zeigte sich eine Prävalenz von 90,3% bei Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose. Gleichzeitig ist dies mit einer Prävalenz von 28,5% die häufigste Persönlichkeitsstörung im psychiatrischen Setting (Torgersen, 2012). Das Phänomen kommt auch bei anderen psychiatrischen Krankheiten vor: Laut Schmahl & Stiglmayr (2009) tritt es bei Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung bei 50-67% auf.

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Depression liege die Prävalenz zwischen 10 und 20%, bei Schizophrenie Betroffenen zwischen 26 und 51,1%, bei Personen mit einer Essstörung bei etwa 35%. Ein Grund für die grosse Spannweite der Prävalenzangaben sei ebenfalls der Mangel einer einheitlichen Definition für selbstverletzendes Verhalten.

Aufgrund der hohen Prävalenz des Phänomens bei psychiatrischen Krankheiten sind Pflegefachpersonen, die in einem psychiatrischen Setting arbeiten, gezwungen, sich damit auseinander zu setzen. Laut Duperouzel & Fish (2007), die das Phänomen in einer Institution für Personen mit einer milden Lernbehinderung untersuchten, beschreiben Pflegende das Arbeiten mit dieser Gruppe von Betroffenen als schwierig. Des Weiteren würden sie häufig Gefühle wie Besorgnis, Erschütterung und Schuld erleben. Andere Studien berichten über negative Einstellungen von Pflegefachleuten im somatischen Setting gegenüber Patientinnen und Patienten, die sich selbst verletzen und den damit verbundenen Stress erleben (Holdsworth et al., 2001; McAllister et al., 2002).

1.1 Ziel und Fragestellung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Wissen über die Auswirkungen von selbstverletzendem Verhalten von Patientinnen und Patienten auf Pflegefachpersonen in psychiatrischen Settings darzustellen und einen Überblick über Strategien für den professionellen Umgang mit selbstverletzendem Verhalten zu geben. Zur Erreichung dieses Ziels ergeben sich folgende Fragestellungen:

Wie wirkt sich selbstverletzendes Verhalten von Patientinnen und Patienten auf Pflegefachpersonen in psychiatrischen Settings bezogen auf das Gefühlserleben, die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten und auf die Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams aus und welche Strategien werden für die Pflegefachperson im Umgang mit den oben genannten Auswirkungen in der Literatur beschrieben?

2 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden die Terminologie, Definitionen, Art und Lokalisation des Phänomens „selbstverletzendes Verhalten“ vorgestellt. Anschliessend wird das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky erklärt.

2.1 Terminologie

Für das Phänomen des selbstverletzenden Verhaltens gibt es bis heute keine einheitliche Terminologie. In der deutschsprachigen Literatur finden sich häufig Begriffe wie Autoaggression, Automutilation, Selbstverletzung und Selbstschädigung, wobei diese je nach Autoren und Autorinnen unterschiedlich definiert werden (Petermann & Nitkowski, 2015; Sachsse, 2015). Um das suizidale, selbstverletzende Verhalten vom Nichtsuizidalen abzugrenzen, wird im englischsprachigen Raum häufig der Begriff „nonsuicidal self-injury“ verwendet (Petermann & Nitkowski, 2015). Jedoch sei die Unterscheidung von suizidalem und nicht suizidalem Verhalten schwierig und ebenfalls nicht einheitlich geregelt. In dieser Arbeit wird die Bezeichnung „selbstverletzendes Verhalten“ beziehungsweise das Akronym „SVV“ verwendet.

2.2 Definition

Da bereits die Terminologie nicht einheitlich ist, gibt es auch keine allgemein anerkannte Definition von SVV. Erschwerend kommt hinzu, dass es neben den direkten und offensichtlichen Formen von SVV auch indirekte Arten gibt (Petermann & Nitkowski, 2015). Dazu würden unter anderem Nahrungsverweigerung, Alkohol- oder Drogenabusus oder die Verweigerung wichtiger Medikamente gehören. Des Weiteren können auch ungesunde Ernährung, riskantes Verhalten beim Sport oder ungeschützter sexueller Kontakt als SVV interpretiert werden (Petermann & Nitkowski, 2015). In dieser Arbeit wird ausschliesslich auf die direkten Formen von SVV fokussiert.

Laut der American Psychiatric Association (2018) gehört das Phänomen zu den Symptomen einer Borderline-Störung, wo es in Zusammenhang mit suizidalem Verhalten genannt wird. Nach Herpertz (2008) muss aber suizidales Verhalten von Nichtsuizidalem unterschieden werden. Andere Forschende unterstützen diese Aussage (Favazza, 2011; Pembroke, 1998; Solomon & Farrand, 1996): Betroffene von SVV möchten einem inneren Spannungszustand entfliehen und sehnen sich nicht nach dem Sterben.

Steiner und Köhnlein (2010) definieren SVV als partiellen Suizid: Betroffene nutzen die Selbstverletzung, um keinen Suizid begehen zu müssen. Trotzdem seien Menschen mit SVV stark suizidgefährdet.

Die Ausführungen dieser Arbeit basieren auf folgender Definition: „Eine wiederholte, selbstzugefügte, direkte, körperliche Verletzung, die nicht gezielt lebensbedrohlich ist“ (Herpertz, 1995, zit. nach Schmahl & Stiglmayr, 2009, S.17).

2.3 Ursachen

Ein möglicher Auslöser für SVV sind laut Steiner & Köhnlein (2010) immer wiederkehrende Zustände, in denen Betroffene unerträgliche innere Spannungen erleben. Sie würden von sich widersprechenden Gefühlen übermannt. Betroffene könnten diesem Zustand oft nur durch Selbstverletzung entfliehen. Weiter würden traumatische Erlebnisse ebenfalls als Ursache von SVV gezählt. Solche Erlebnisse könnten verschiedenen Ursprungs sein, sei es Misshandlung, Verlust von geliebten Menschen oder die Trennung der Eltern. Letzteres betreffe vor allem Jugendliche.

2.4 Art und Lokalisation

Nach Tameling & Sachsse (1996) tritt die Selbstverletzung der Haut mit Hilfe von Gegenständen am häufigsten auf. Auch Verbrennungen mit Zigaretten oder Feuerzeug seien häufig. Verätzen, Verbrühen, Stechen oder das Schlagen des Kopfes seien seltener. Meistens träten die Verletzungen an den Extremitäten auf, andere Körperteile wie Kopf, Brüste, Rumpf oder Genitalien seien hingegen seltener betroffen.

2.5 Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky

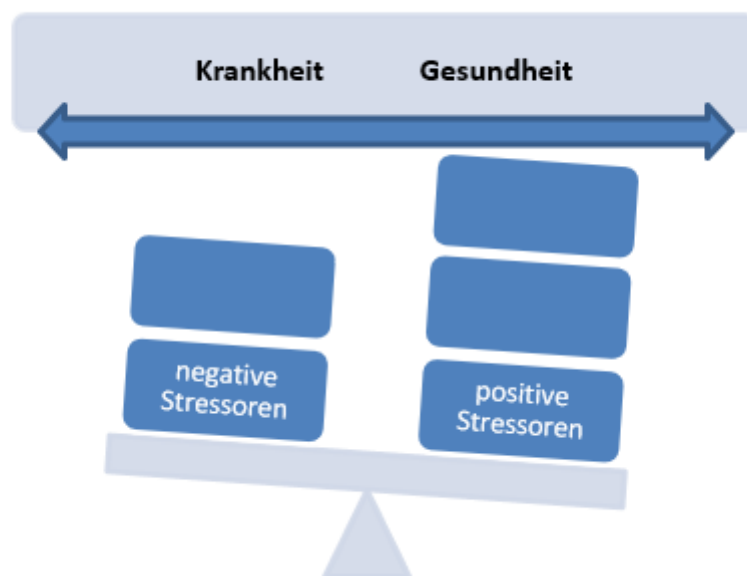
Aaron Antonovsky (1923-1994) ging Anfang der siebziger Jahre der Frage nach, wie Gesundheit entsteht, was sie fördert und wiederherstellt (Meier Magistretti et al., 2019). Er versuchte zu klären, wieso Menschen trotz des Einflusses von gesundheitsschädlichen Stressoren gesund bleiben (Nies, 2012). Das Konzept der Salutogenese fokussiert sich auf die Ursachen von Gesundheit und konzentriert sich damit auf Ressourcen und die Lebensqualität, die die Gesundheit verbessern sollen (Meier Magistretti et al., 2019). Sie stelle eine Ergänzung zur Pathogenese dar, die sich auf die Entstehung und Ursachen von Krankheiten konzentriere.

2.5.1 Gesundheitskontinuum

Als Grundlage seiner Theorie definierte Antonovsky ein Konzept, wonach Gesundheit als ein kontinuierlicher Prozess gilt, den er Gesundheitskontinuum nannte (Nies, 2012). Laut dieser Theorie gebe es keinen Zustand vollkommener Gesundheit oder Krankheit. Individuen können an einem beliebigen Punkt auf diesem Kontinuum sein und sich jederzeit in Richtung Gesundheit oder Krankheit bewegen (Meier Magistretti et al., 2019). Ausschlaggebend für die Bewegungen auf dem Kontinuum sind Stressoren, welche einen Spannungszustand erzeugen, der sich positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirkt und somit den Ort eines Individuums Richtung Gesundheit oder Krankheit verändern kann (Meier Magistretti et al., 2019). Dies bedeutet, dass Gesundheit kontinuierlich aufgebaut werden muss (Nies, 2012). Dabei werde der Verlust von Gesundheit, also die Bewegung in Richtung Krankheit auf dem Kontinuum, als natürlicher Prozess angesehen. Der Mensch erkrankt an den gesundheitsschädigenden Faktoren oder erlangt mittels Salutogenese wieder an Gesundheit (Meier Magistretti et al., 2019). Antonovsky konzentrierte sich darauf, welche Umstände die Menschen auf dem Kontinuum in Richtung Gesundheit leiten (Meier Magistretti et al., 2019). Abbildung 1 stellt das Gesundheitskontinuum dar.

Abbildung 1

Gesundheitskontinuum nach Antonovsky in Anlehnung an Schewior-Popp et al. (2012, S. 162)



2.5.2 Generalisierte Widerstandsressourcen

Um die Gesundheit aufrechtzuerhalten und zu fördern, gilt es, die Spannungszustände mit generalisierten Widerstandsressourcen zu bewältigen (Meier Magistretti et al., 2019). Physische, materielle, kognitive, emotionale, soziale und makrokulturelle Aspekte werden in die Widerstandsressourcen miteinbezogen (Mittelmark et al., 2017; Nies, 2012). Die generalisierten Widerstandsressourcen sollen verhindern, dass aus negativen Ereignissen schädigender Stress entsteht (Meier Magistretti et al., 2019).

2.5.3 Kohärenzsinn

Eine weitere Komponente des Salutogenese-Konzeptes stellt der Kohärenzsinn dar (Nies, 2012). Je ausgeprägter der Kohärenzsinn, desto weniger werden herausfordernde Ereignisse als Belastung wahrgenommen (Meier Magistretti et al., 2019). Der Kohärenzsinn setze sich aus den Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit zusammen, welche sich gegenseitig beeinflussen.

Antonovsky beschrieb die Bedeutsamkeit / Sinnhaftigkeit als die wichtigste aller Dimensionen (Meier Magistretti et al., 2019). Dabei werde der Fokus daraufgelegt, Ereignissen im Leben einen Sinn zu geben. Sie verstärkt die beiden anderen Dimensionen der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit (Meier Magistretti et al., 2019).

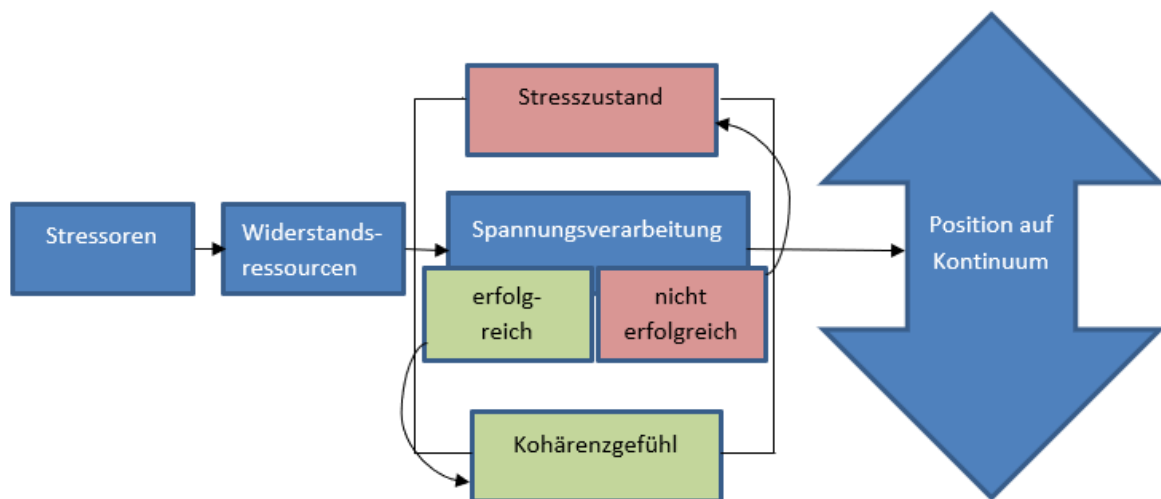
Die Handhabbarkeit bezeichnete Antonovsky als Fähigkeit, Ressourcen zu nutzen (Meier Magistretti et al., 2019). Je grösser der Handhabbarkeitssinn eines Menschen sei, desto einfacher falle es ihm, negative Lebensereignisse zu überstehen. Weiter schreiben Meier Magistretti et al. (2019), dass sich die Handhabbarkeit positiv entwickelt, wenn der Mensch schwierige Ereignisse bewältigt, in dem er geeignete Bewältigungsstrategien für sich entwickelt.

Verstehbarkeit bedeutet die Fähigkeit, Reize einzuordnen und zu verarbeiten (Meier Magistretti et al., 2019). Dazu gehöre auch, auftretende Stressoren mit ihren Auswirkungen zu erkennen.

Menschen mit einem starken Kohärenzsinn bewegen sich auf dem Gesundheitskontinuum Richtung Gesundheit (Meier Magistretti et al., 2019). Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl gilt als Schutzfaktor gegen zahlreiche psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und Burn-out (Eriksson & Lindström, 2006). Er werde in Verbindung mit Optimismus, Widerstandsfähigkeit und der Fähigkeit, herausfordernde Situationen zu bewältigen, gebracht. Abbildung 2 stellt das Konzept der Salutogenese dar.

Abbildung 2

Salutogenesemodell nach Antonovsky in Anlehnung an Schewior-Popp et al. (2012, S. 163)



3 Methode

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen während der Literaturrecherche detailliert beschrieben.

3.1 Suchstrategie

Zur Erschaffung eines Überblicks der vorhandenen Literatur wurde zuerst eine Grobrecherche durchgeführt. Danach fand von Juli bis Oktober 2019 eine systematische Literaturrecherche statt. Dafür wurden zunächst zur Fragestellung passende deutsche und die dazugehörigen englischen Keywords sowie geeignete MeSH-Terms und Subjectheadings definiert, welche in Tabelle 1 dargestellt sind. Anschliessend wurden die Datenbanken Cinahl, Medline und PsycInfo mit den englischen Keywords, MeSH-Terms (Medline) und Subjectheadings (Cinahl) durchsucht. Cinahl und Medline sind pflegespezifisch, während PsycInfo psychologische Inhalte umfasst. Mit der Verwendung dieser Datenbanken konnte sichergestellt werden, dass die zentralen Aspekte der Fragestellung abgedeckt wurden.

Tabelle 1*Keywords, MeSH- Terms und Subjectheadings*

Kernelemente der Fragestellung	Keywords Deutsch	Keywords Englisch	MeSH-Terms / Subjectheadings
Phänomen	Auswirkungen, Einfluss Selbstverletzung, selbstverletzendes Verhalten Gefühle, Erleben	impact, influence, effect self- harm, self- mutilation, self- injury, self- harming behavior, deliberate self- harm feelings, experiences perspectives, views, emotions	Self-injurious behaviour (MeSH-Term und Subjectheading) Injuries Self-Inflicted (Subjectheading)
Setting	stationäre und ambulante psychiatrische Pflegedienste	psychiatric ward, mental health care	Psychiatry (MeSH-Term und Subjectheading) Psychiatric Units, Psychiatric Service, Psychiatric Hospitals (Subjectheading)
Population	Psychiatriepflege, Pflegefachpersonen, Pflege	mental health nursing, psychiatric nurse, nurse, nursing staff	Nurses, Psychiatric nursing, Health personnel (MeSH-Term und Subjectheading) Nursing staff (MeSH-Term)

Die Keywords, MeSH-Terms und Subjectheadings wurden mit dem Booleschen Operator „OR“ verbunden, wenn es Synonyme waren, die restlichen mit „AND“. Zur Ausschliessung von nicht gesuchten Phänomenen, Settings und Populationen wurde „NOT“ verwendet. Darüber hinaus wurde das Trunkierungszeichen * eingesetzt. In Tabelle 2 ist eine beispielhafte Verwendung der Booleschen Operatoren dargestellt.

Tabelle 2

Beispiel der Verwendung der Booleschen Operatoren

AND	AND	AND	NOT
self harm	nurs*	experience	emergency
OR	OR	OR	
self injury	mental health nursing	feeling	
OR	OR	OR	
deliberate self harm	psychiatric nurse	perception	
OR	OR		
self mutilation	nursing staff		
OR			
self injurious behavior			

3.2 Limitationen und Ein- und Ausschlusskriterien

Die einzige verwendete Limitation war „english language“. Es wurden keine weiteren Limitationen definiert, weil das Thema noch wenig erforscht ist und eine zu starke Eingrenzung dazu geführt hätte, dass relevante Studien ausgeschlossen worden wären. Um Studien, die nicht der Fragestellung entsprachen, ausschliessen zu können, wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, die in Tabelle 3 aufgelistet sind.

Tabelle 3

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Auswirkungen und Erleben von SVV auf Pflegefachpersonen	Auswirkungen und Erleben von SVV auf Angehörige anderer Professionen Vorurteile/Meinungen oder Einstellungen von Pflegefachpersonen gegenüber SVV
Interventionen bezüglich des Umgangs mit den Auswirkungen von SVV für Pflegefachpersonen	Interventionen für restliches Gesundheitspersonal oder Patientinnen und Patienten oder Angehörige Interventionen bezüglich der Behandlung von SVV
Alle stationären und ambulanten psychiatrische Pflegedienste	Alle somatischen Gesundheits- und Pflegedienste

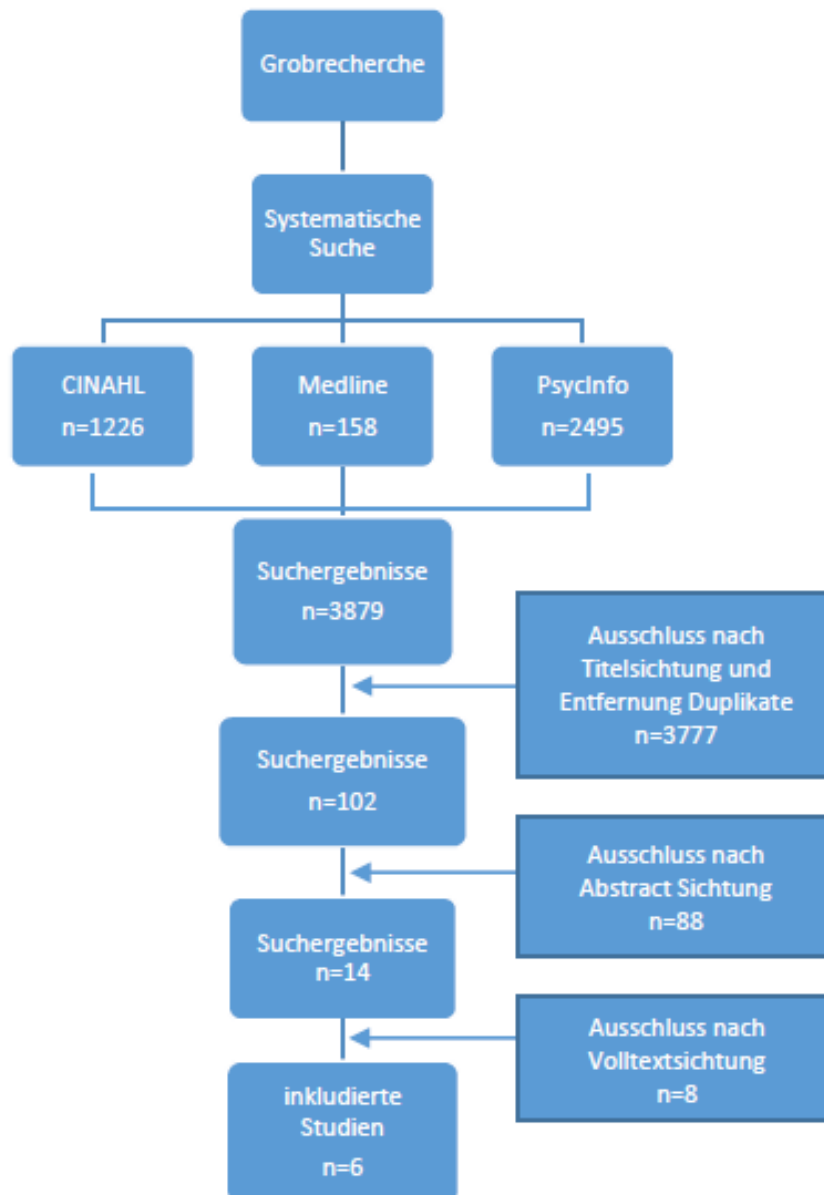
3.3 Auswahl der involvierten Studien

Die Suche in den Datenbanken ergab gesamthaft 3879 Treffer. Duplikate und zur Fragestellung unpassende Titel wurden ausgeschlossen. Als nächster Schritt wurden die Abstracts der übrigen Treffer gelesen und anhand der Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Bei Erfüllung der Kriterien wurde der jeweilige Volltext gesichtet und erneut anhand der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Nach diesem Schritt wurde ersichtlich, dass bei den Studien von Lundegaard Mattson & Binder (2012) und Rouski et al. (2017) nicht nur Pflegenden teilgenommen haben, sondern auch Angehörige anderer Professionen. Die beiden Studien wurden trotzdem inkludiert, da die Studienlage sehr klein ist und alle Professionen gleichwertig mit den Patientinnen und Patienten gearbeitet haben. Zudem bestand die Mehrheit der Stichproben aus Pflegenden.

Schlussendlich ergab sich ein Total von sechs qualitativen Studien, die für die Beantwortung der Fragestellung verwendet wurden. In Abbildung 3 ist der Suchprozess graphisch dargestellt. Die genauen Suchverläufe sind im Anhang A ersichtlich.

Abbildung 3

Graphische Darstellung Suchprozess



3.4 Instrumente zur kritischen Würdigung und Beurteilung der Güte

Als Hilfestellung für die kritische Würdigung wird das von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften anerkannte, valide Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels (AICA) von Ris & Preusse-Bleuler (2015) genutzt. Dieses wird auch für die Zusammenfassungen der Studien verwendet. Die Beurteilung der Güte der ausgewählten Studien erfolgt nach den Beurteilungskriterien von Lincoln & Guba (1985). Mithilfe der 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) erfolgt die Beurteilung der Evidenzlevel.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die inkludierten Studien zur Übersicht in Tabelle 4 dargestellt. Anschliessend werden sie kurz zusammengefasst, worauf jeweils die kritische Würdigung sowie in den Tabellen 5, 6, 7, 8, 9 und 10 die Einschätzung der Güte folgen. Alle ausgewählten Studien befinden sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009). Die vollständigen Versionen der Zusammenfassungen und Würdigungen sind im Anhang B ersichtlich.

Die ausführliche Darstellung der Ergebnisse erfolgt im Unterkapitel 4.7. Sie sind kategorisiert nach den einzelnen Aspekten in der Fragestellung: Gefühlserleben, Beziehung zu den Patientinnen und Patienten, Zusammenarbeit innerhalb des Teams und Strategien für den Umgang mit SVV. Bei der Bearbeitung der Studien wurde ersichtlich, dass das Verständnis der Studienteilnehmenden von SVV ebenfalls ein wichtiger Faktor darstellt, der in vielen Studien thematisiert wird. Deshalb wird auch dieser Aspekt in die Arbeit integriert.

Tabelle 4*Übersicht der inkludierten Studien*

Studie Autorinnen / Autoren (Jahr, Land)	Fragestellung / Ziel	Wichtigste Ergebnisse
A qualitative exploration of how health care workers in an inpatient setting in Norway experience working with patients who self-injure Lundegaard Mattson & Binder (2012, Norwegen)	Wie denken, fühlen und handeln Gesundheitsfachleute, wenn sie mit Patientinnen und Patienten konfrontiert werden, die sich selbst verletzen?	Gefühle: Ärger, Frustration Beziehung zu Betroffenen: Vorwürfe sind kontraproduktiv, professionelle Distanz ist schwierig Strategien: mehr Toleranz gegenüber SVV Verständnis von SVV: Schrei nach Hilfe, schmaler Grat zwischen Leben und Tod
An exploration of the impact of self-harm in an inpatient adolescent setting on staff: a qualitative study Rouski et al. (2017, Grossbritannien)	Wie erleben Fachpersonen SVV von Jugendlichen?	Gefühle: Sorge, Schock, Angst Desensibilisierung, Empathie, Versagen, Machtlosigkeit Beziehung zu Betroffenen: elternähnliches Verhältnis zu Pat. Teamzusammenarbeit: essentiell, Wunsch nach mehr individueller Unterstützung Strategien: Supervisionen, Wunsch nach mehr Reflexionen und konkreten Vorgehensweisen Verständnis von SVV: schwierig, SVV als Antwort auf psychische Probleme zu sehen

<p>Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm</p> <p>Wilstrand et al. (2007, Schweden)</p>	<p>Wie beschreiben Pflegefachpersonen ihre Erlebnisse mit Patientinnen und Patienten, die sich selbst verletzen?</p>	<p>Gefühle: Frustration, Angst, Ungewissheit, Überwältigung, Machtlosigkeit, Unverständnis, Betrug, Manipulation</p> <p>Beziehung zu Betroffenen: Nähe-Distanz zu Pat. im Gleichgewicht halten ist herausfordernd</p> <p>Teamzusammenarbeit: wichtig aber funktioniert nicht wie gewünscht, Kritik an Vorgesetzten</p> <p>Strategien: Supervision, Teambesprechung, Humor</p> <p>Verständnis von SVV: gewaltsame Handlung gegenüber Mitmenschen</p>
<p>Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm</p> <p>Thompson et al. (2008, Grossbritannien)</p>	<p>Untersuchung der Erlebnisse von Psychiatriepflegefachpersonen in der Spitex, die Menschen betreuen, die sich selbst verletzen</p>	<p>Gefühle: Ärger, nicht vom Privatleben trennbar, Angst vor Manipulation</p> <p>Beziehung zu Betroffenen: wichtig für Therapie, nehmen Verhalten von Pat. persönlich, hoffnungslos</p> <p>Teamzusammenarbeit: Spaltung des Teams aufgrund Meinungsverschiedenheiten, sichere und urteilsfreie Atmosphäre</p> <p>Strategien: Wunsch nach mehr Theorie und Training, Stärkung der Selbstsicherheit dank positiven Erfahrungen</p> <p>Verständnis von SVV: Lenkung von psychischem auf physischen Schmerz, Kontrolle anderer Mitmenschen, Aufmerksamkeitsgewinn</p>

<p>Lived experience of working with female patients in a high secure mental health setting</p> <p>Beryl et al. (2016, Grossbritannien)</p>	<p>Verständnis der Erfahrungen von Pflegefachpersonen, die Patientinnen in einem Hochsicherheitstrakt betreuen</p>	<p>Gefühle: Angst, Hoffnungslosigkeit, Desensibilisierung, emotionale Ermüdung</p> <p>Beziehung zu Betroffenen: Beziehungsgestaltung ist schwierig, wenn Gründe für SVV nicht verstanden werden</p> <p>Teamzusammenarbeit: Konflikte im Team herausfordernd, Team als Gemeinschaft</p> <p>Strategien: Humor, Supervisionen, durch Fortschritte der Pat. ist Sinn in eigener Arbeit erkennbar, Achtsamkeit, Wunsch nach konkreten Vorgehensweisen</p> <p>Verständnis von SVV: Risiko einer lebensgefährlichen Situation</p>
<p>Mental health nurses' experiences of Caring for patients suffering from self- harm</p> <p>Tofthagen et al. (2014, Norwegen)</p>	<p>Die Erlebnisse von Psychiatriepflegefachpersonen beschreiben, welche Patientinnen und Patienten betreuen, die sich in einer Akutphase selbstverletzen</p>	<p>Gefühle: Machtlosigkeit, Verlust von Mut, Besorgnis, Hoffnung</p> <p>Beziehung zu Betroffenen: unangenehm, provokativ, herausfordernd, Rückfall = eigene Niederlage</p> <p>Verständnis von SVV: wollen Person hinter Erkrankung sehen, schmaler Grat zwischen Leben und Tod</p>

4.1 A qualitative exploration of how health care workers in an inpatient setting in Norway experience working with patients who self-injure (Lundegaard Mattson & Binder, 2012)

In dieser Studie wird der Frage nachgegangen, wie Gesundheitsfachpersonen denken, fühlen und handeln, wenn sie mit Patientinnen und Patienten konfrontiert werden, die sich selbst verletzen. Das Ziel ist es, neue Wege zu ergründen, wie mit dem Phänomen umgegangen werden kann. Es wird ein phänomenologisch hermeneutischer Ansatz gewählt mit acht Gesundheitsfachpersonen als Studienteilnehmende. Drei davon sind Pflegefachpersonen, zwei „Practical Nurses“, zwei sind im Bereich der Sozialpädagogik und eine Person in klinischer Psychologie ausgebildet. Alle arbeiten in einer Psychiatrie in Westnorwegen. Die Daten werden anhand von einmalig durchgeführten, semi-strukturierten Interviews erhoben. Für die Datenanalyse wird der interpretative phänomenologische Ansatz mit der Methode der systemischen Textkondensation kombiniert.

Vor der Durchführung der Studie wurde ein neuer Ansatz auf der Station getestet, bei dem sich der Umgang mit SVV verändert hat. Die Teilnehmenden erzählen von Erfahrungen vor, während und nach den Veränderungen.

Die Resultate werden anhand von vier Kategorien dargestellt. (1) Davor: Vor der Einführung des neuen Ansatzes sind vor allem Ärger und Frustration bezüglich SVV präsent. (2) Die Veränderung: Das Verständnis von SVV verändert sich. Es wird erkannt, dass Vorwürfe gegenüber SVV-Betroffenen kontraproduktiv für die Beziehungsgestaltung sind. (3) Jetzt: Nützliche Strategien für den Umgang mit SVV werden genannt. (4) Schmalere Grat zwischen Leben und Tod: Die Teilnehmenden erkennen, dass SVV schnell in einem Suizid enden kann.

Die Studie zeigt, dass der Ansatz basierend auf einem therapeutischen Vertrauensbündnis viele Vorteile aus der Sicht der Gesundheitsfachpersonen mit sich bringt.

4.1.1 Kritische Würdigung

Lundegard Mattson & Binder (2012) stellen das Thema und den Forschungsbedarf anhand umfangreicher und logischer Literaturrecherche dar und die Forschungsfrage ist klar definiert. Das phänomenologisch hermeneutische Design passt zur Forschungsfrage, wird jedoch ungewöhnlicherweise erst in der Analyse erwähnt. Die Grösse der Stichprobe passt zwar zum Design, die Stichprobenziehung wird aber nicht genau beschrieben. Die Teilnehmenden sind bezüglich des Berufs und Geschlechts heterogen, weitere Details zur Stichprobe werden nicht erwähnt. Die Auswahl der Station für die Rekrutierung und die Durchführung der Interviews ist nachvollziehbar begründet und es gibt Angaben bezüglich des Schwerpunktes der Station sowie zur hospitalisierten Gruppe. Es wird deutlich, dass die Teilnehmenden häufig mit SVV konfrontiert werden. Da die Stichprobe klein ist und alle Teilnehmenden auf der gleichen Station arbeiten, können die Ergebnisse nicht generalisiert werden. Zur Datenerhebung werden passend zum Design semistrukturierte Interviews durchgeführt. Die Ausgangsfrage sowie weiterführende Fragen sind vorgegeben und werden in allen Interviews angewendet. Darüber hinaus werden möglichst offene Fragen gestellt, um die Teilnehmenden nicht zu beeinflussen. Die Datenanalyse ist detailliert und nachvollziehbar beschrieben und mit einem Beispiel veranschaulicht. Zwar wird sie nur von einer Person durchgeführt, jedoch überprüfen beide Forschenden die Analyseergebnisse und vergleichen sie mit den originalen Aufnahmen. Auch die Freiwilligkeit, Anonymität und ein vertraulicher Umgang mit den Daten sind gewährleistet.

Die Ergebnisse sind sehr umfangreich beschrieben und die Einteilung in Unterthemen ist sinnvoll. Des Weiteren sind die Gefühle, Gedanken und Handlungen der Teilnehmenden in Bezug auf SVV reichhaltig dargestellt und anhand von Interviewzitatzen verdeutlicht. Der neue Ansatz, der auf der Station getestet wurde und die damit verbundene Arbeitssituation werden aus verschiedenen Blickwinkeln beschrieben.

Die Diskussion der Ergebnisse mit der vorhandenen Literatur ist sehr umfangreich. Die Studie zeigt, wie sich der Umgang mit SVV aufgrund eines neuen Ansatzes verändert, wodurch sich die individuelle Arbeitssituation der Teilnehmenden verbessert.

Es werden praxisnahe Möglichkeiten vorgestellt, wie besser mit SVV umgegangen werden kann und Veränderungsvorschläge auf verschiedenen Ebenen beschrieben. Zwar wird die Bedeutung für die Pflege nicht speziell diskutiert, jedoch wird deutlich, dass die Ergebnisse für alle involvierten Gesundheitsfachleute relevant sind. Auch Limitationen und Probleme werden reflektiert. Es wird ersichtlich, dass sich die Forschenden intensiv mit den Ergebnissen und deren Bedeutungen auseinandergesetzt haben.

4.1.2 Einschätzung der Güte

In der folgenden Tabelle wird die Einschätzung der Güte dargestellt.

Tabelle 5

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Glaubwürdigkeit	Zur Überprüfung der Daten werden die Analyseergebnisse von beiden Forschenden mit den originalen Aufnahmen verglichen. Es wird jedoch kein Peer-Debriefing durchgeführt.
Übertragbarkeit	Die Teilnehmenden, das Setting und die Interviews sind ausreichend beschrieben, wodurch ein Vergleich mit anderen Situationen und eine Wiederholung der Studie möglich sind. Darüber hinaus werden passende Zitate angewendet. Jedoch ist die Stichprobe klein, wodurch die Generalisierbarkeit eingeschränkt ist.
Bestätigbarkeit	Sehr umfangreiche Diskussion der Ergebnisse mit vorhandener Literatur und Selbstreflexion bezüglich der Limitationen.
Zuverlässigkeit	Die Analyse wird anhand einer anerkannten Methode durchgeführt, ist detailliert und nachvollziehbar beschrieben sowie mit einem Beispiel veranschaulicht. Darüber hinaus sind die Ergebnisse ausführlich und logisch kategorisiert.

4.2 An exploration of the impact of self-harm in an inpatient adolescent setting on staff: a qualitative study (Rouski et al., 2017)

Rouski et al. (2017) möchten herausfinden, wie Fachpersonen die Arbeit mit Jugendlichen erleben, die sich selbst verletzen. Sie wollen Auswirkungen von SVV auf die Fachpersonen, deren selbst wahrgenommenen Kompetenzen bezüglich SVV sowie ihren Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten untersuchen.

Zur Studie sind Pflegefachpersonen sowie unterstützendes Fachpersonal zugelassen, welche direkt mit Patienten und Patientinnen arbeiten.

Daraus ergibt sich eine Stichprobe aus zwei Pflegefachpersonen, zwei Pflegeassistenten und einer Lehrperson. Die Studie wird auf einer Station des psychiatrischen Dienstes für Kinder und Erwachsene in England durchgeführt. Die Datensammlung erfolgt mittels semistrukturierten Interviews, welche anschliessend verbatim transkribiert werden. Darauf folgt eine thematische Analyse.

Die Ergebnisse werden anhand von sechs Kategorien vorgestellt: (1) Der Weg der Anpassung: Häufig entwickelt sich eine Desensibilisierung. (2) Persönliche Auswirkungen: Sich verantwortlich fühlen: Teilnehmende haben eine elternähnliche Rolle zu den Betroffenen. (3) Die Natur von SVV: Je lebensgefährlicher die Verletzung, desto schwieriger ist der Umgang damit. (4) Die Herausforderung des Verstehens: Es wird versucht, SVV empathisch zu begegnen. (5) Unterstützung innerhalb des Teams, (6) Risiko-Management: Konkrete Vorgehensweisen werden gewünscht.

Die Forschenden fassen zusammen, dass dem Fachpersonal bei der Trennung zwischen Privatleben und Arbeitsalltag Unterstützung angeboten werden soll.

4.2.1 Kritische Würdigung

Rouski et al. (2017) untersuchen ein pflegerelevantes Thema, beschreiben das Phänomen nachvollziehbar anhand von Literatur und stellen das Forschungsziel klar dar. Die Methode ist grundsätzlich sehr knapp beschrieben, weshalb es einige Punkte zu bemängeln gibt. Beispielsweise ist die Durchführung von semistrukturierten Interviews zwar passend zum Forschungsdesign, jedoch sind die Interviewfragen nicht bekannt. Dadurch ist nicht nachvollziehbar, ob diese von den Forschenden vorgegeben werden, oder ob sie spontan entstehen. Auch bezüglich der Stichprobe gibt es einige Lücken in der Beschreibung.

Die Anzahl Teilnehmende wird nicht begründet und auch die Rekrutierung wird nicht beschrieben, was auf ein Selbstauswahl-Bias hindeutet. Des Weiteren werden die Teilnehmenden ausschliesslich bezüglich des Geschlechts und Berufs beschrieben, weitere Angaben, die eventuell Auswirkungen auf die Ergebnisse haben könnten, wie beispielsweise die Berufserfahrung, gibt es nicht. Positiv anzumerken ist, dass die Teilnehmenden geeignet sind, um Daten für das Forschungsziel bereitzustellen, da sie bei ihrer Arbeit direkten Kontakt mit Betroffenen von SVV haben.

Bei der Wahl des Verfahrens zur Datenanalyse stützen sich die Forschenden positiverweise auf Literatur. Ausserdem wird durch die Beteiligung von zwei Forschenden am Analyseprozess die Glaubwürdigkeit erhöht. Des Weiteren ist die Anonymität der Daten gewährleistet und eine Ethikkommission involviert. Die analytischen Schritte werden jedoch nur oberflächlich beschrieben und analytische Entscheidungen sind nicht dokumentiert.

Die Resultate werden in sinnvolle Kategorien unterteilt und nachvollziehbar mit Einbindung direkter Interviewzitate präsentiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden ebenfalls mit nachfolgenden Zitaten bestätigt und näher ausgeführt. Die Studie erweitert und bestätigt das Wissen über die Erlebnisse von Fachpersonen im Umgang mit SVV von Jugendlichen. Die Forschenden legen zusätzlich einen Schwerpunkt auf eine bestimmte Art von Selbstverletzung, welches gemäss den Autorinnen und Autoren der Studie noch nicht genügend erforscht ist. Die Diskussion ist hilfreich, um die Erlebnisse der Fachpersonen besser verstehen zu können. Zudem werden Implikationen für die Praxis beschrieben und mit Literatur untermauert sowie sinnvolle, weiterführende Aspekte diskutiert. Die Limitationen sind knapp jedoch ausreichend aufgeführt.

4.2.2 Einschätzung der Güte

In der folgenden Tabelle wird die Einschätzung der Güte dargestellt.

Tabelle 6

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Glaubwürdigkeit	Die Vorgehensweise erscheint glaubwürdig und umfangreich präsentiert. Zudem sind zwei Forschende am Auswertungsprozess beteiligt. Es wird keine Triangulation oder Peer-Debriefing beschrieben.
Übertragbarkeit	Die Limitationen sind ausreichend und klar beschrieben und die Resultate aus der Studie können für die weitere Erforschung des Themas genutzt werden. Des Weiteren werden plausible Interviewzitate präsentiert. Die Stichprobe ist aber klein und darüber hinaus ist anzunehmen, dass ein Selbstauswahl-Bias vorliegt. Für eine Wiederholung der Studie müssten die Interviewfragen sowie die Rekrutierung beschrieben sein.
Bestätigbarkeit	Die Diskussion ist reichhaltig und die Ergebnisse werden in die bestehende Literatur eingebettet. Jedoch gab es keine Begleitung durch eine externe Person.
Zuverlässigkeit	Die Inhalte der Forschungsziele werden transparent kommuniziert. Das Analyseverfahren ist aber nur oberflächlich beschrieben.

4.3 Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm (Wilstrand et al., 2007)

In der Studie wird der Frage nachgegangen, wie Pflegefachpersonen ihre Erlebnisse mit Patientinnen und Patienten beschreiben, die sich selbst verletzen. Es wird ein qualitativ beschreibender Ansatz gewählt und die Stichprobe wird im Stil von purposive Sampling ausgesucht. Sie besteht aus sechs in einer schwedischen Psychiatrie arbeitenden Pflegefachpersonen. Es werden narrative Einzelinterviews und anschliessend eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse werden in die zwei Oberkategorien (1) Belastung von Gefühlen und (2) Balanceakt der professionellen Grenzen sowie in sieben Unterkategorien unterteilt.

In der Diskussion wird aufgezeigt, dass dies die erste Studie ist, die SVV aus der Sicht von Psychiatriepflegefachpersonen darstellt und dabei auf die Erlebnisse und Gefühle der Pflegefachleute eingeht, anstatt auf deren Einstellung gegenüber dem Phänomen zu fokussieren. Deshalb leistet sie laut der Autorenschaft einen sehr wertvollen Beitrag zur Pflegeforschung.

4.3.1 Kritische Würdigung

Wilstrand et al. (2007) beschreiben den theoretischen Hintergrund, die Literaturrecherche, die Forschungslücke und das Phänomen ausführlich anhand von Literatur. Das Ziel und die Forschungsfrage sind klar dargestellt. Aufgrund gering vorhandener Forschung zu diesem Thema ist die Wahl eines qualitativ beschreibenden Designs nachvollziehbar und die Stichprobenziehung passt dazu. Diese wird jedoch nicht begründet. Positiv hervorzuheben ist die transparente Beschreibung der Rekrutierung, der Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Teilnehmenden. Durch die Heterogenität der Teilnehmenden bezüglich des Geschlechts, Alters, Beschäftigungsortes sowie der Arbeitserfahrung und Spezialisierung, können viele verschiedene Ansichten in die Ergebnisse einfließen. Aufgrund der grossen Spannweite der Berufserfahrung, die zwischen einem und achtzehn Jahren liegt, können Unterschiede in der Vielfalt der Erfahrungen der Teilnehmenden angenommen werden. Da alle Erfahrung mit SVV von Patientinnen und Patienten haben, sind sie geeignet, um Daten für die Forschungsfrage zu liefern. Trotzdem ist die Generalisierbarkeit aufgrund der geringen Anzahl Teilnehmender eingeschränkt.

Neben der ausführlichen Beschreibung der Stichprobe sind die Psychiatrien, in denen rekrutiert wird, hingegen nicht näher beschrieben und deren Auswahl wird nicht begründet. Zur Datenerhebung werden passend zur Fragestellung und zum Design narrative Interviews durchgeführt, aufgenommen und transkribiert. Die Hauptfragen, die Dauer der Interviews und die Umgebung sind beschrieben, wodurch der Ablauf nachvollzogen werden kann. Weiterführende Fragen oder Vorgaben werden jedoch nicht erläutert. Die Datenanalyse erfolgt präzise anhand einer etablierten qualitativen Inhaltsanalyse, woran alle Forschenden beteiligt sind. Darüber hinaus finden Vergleiche mit den Originalaufnahmen und Diskussionen unter den Forschenden statt, was die Glaubwürdigkeit zusätzlich erhöht. Des Weiteren sind die analytischen Schritte detailliert beschrieben und mit Beispielen tabellarisch veranschaulicht. Analytische Entscheidungen sind hingegen nicht dokumentiert und es findet kein Peer-Debriefing statt.

Sinnvollerweise sind die Ergebnisse in Kategorien und Unterkategorien aufgeteilt. Die erlebten Emotionen, Schwierigkeiten und Sichtweisen der Teilnehmenden sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben sowie mit Interviewziten verdeutlicht.

Es ist jedoch nicht erkennbar, ob sich die Aussagen aufgrund des Ausbildungsstandes unterscheiden, da diesbezüglich keine Zuordnung stattfindet. Die Freiwilligkeit, Anonymität und ein vertraulicher Umgang mit den Daten sind gewährleistet und eine Ethikkommission ist involviert.

In dieser Studie wird der Begriff „Belastung“ das erste Mal konzeptualisiert, was einen wichtigen Beitrag zur Theoriebildung beiträgt. Zudem werden die Ergebnisse mit der vorhandenen Literatur verglichen, diskutiert und weitergeführt und Limitationen transparent reflektiert. Auch Implikationen für die Praxis sind beschrieben und umsetzbar.

4.3.2 Einschätzung der Güte

In der folgenden Tabelle wird die Einschätzung der Güte dargestellt.

Tabelle 7

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Glaubwürdigkeit	Alle Forschenden sind an der Analyse beteiligt. Währenddessen stellen sie Vergleiche mit den originalen Aufnahmen auf und diskutieren untereinander, bis sich alle einig sind. Des Weiteren reflektieren die Forschenden, dass ihr professioneller Hintergrund die Interpretation beeinflussen könnte. Es ist jedoch keine Triangulation oder Peer-Debriefing beschrieben.
Übertragbarkeit	Die Stichprobe und das methodische Vorgehen sind ausführlich beschrieben und auch die Limitationen werden transparent dargelegt. Dadurch kann die Studie mit anderen Situationen verglichen oder wiederholt werden. Jedoch ist die Stichprobe klein, wodurch die Übertragbarkeit wiederum eingeschränkt wird.
Bestätigbarkeit	Die Daten werden ausführlich diskutiert und mit anderen Theorien und bestehender Literatur verglichen. Es findet jedoch keine Begleitung durch eine externe Fachperson statt.
Zuverlässigkeit	Die Ziele der Forschenden sind transparent vorgestellt und die analytischen Schritte werden detailliert beschrieben sowie mit Tabellen und Beispielen veranschaulicht. Analytische Entscheidungen sind aber nicht dokumentiert.

4.4 Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm (Thompson et al., 2008)

Die Forschenden haben zum Ziel, die Erlebnisse von Psychiatriepflegefachpersonen zu untersuchen, die mit SVV-Betroffenen arbeiten.

Zur Studie zugelassen sind Pflegefachpersonen, die SVV- Betroffene betreuen, welche sich innerhalb den letzten zwölf Monaten selbstverletzt haben.

Ausgeschlossen sind Pflegende, die im psychotherapeutischen Bereich ausgebildet sind. Daraus ergibt sich eine Stichprobe von acht Psychiatriepflegefachpersonen, rekrutiert aus zwei psychiatrischen Teams in Nordengland, mit durchschnittlich achtzehn Jahren Berufserfahrung. Die Datenerhebung erfolgt mittels fünfundvierzig bis sechzig minütigen, semistrukturierten Interviews, in denen die Teilnehmenden über die Erlebnisse in der Betreuung einer spezifischen Patientin oder eines spezifischen Patienten mit SVV berichten. Die Interviews werden aufgenommen und anschliessend verbatim transkribiert. Die Auswertung der Daten erfolgt mittels interpretativer phänomenologischer Analyse.

Die Ergebnisse werden anhand von sieben Kategorien vorgestellt: (1) Versuch zu verstehen, (2) Risikobeobachtung: SVV soll nicht gestoppt, sondern das Risiko minimiert werden. (3) Schwierigkeiten mit Grenzen der Verantwortung: Die Befragten fühlen sich verantwortlich für SVV. (4) Emotionaler Einfluss, (5) Beziehungsfaktoren, (6) Technik und (7) Lernen damit umzugehen.

Die Forschenden kommen zum Schluss, dass es eine Veränderung in der Art der Unterstützung von Pflegenden braucht, die mit Betroffenen von SVV arbeiten.

4.4.1 Kritische Würdigung

Das Phänomen wird von den Forschenden klar sowie unter Einbezug von Literatur beschrieben und ist relevant für die Pflegepraxis. Der Forschungsbedarf und die Relevanz des Themas werden verständlich dargestellt und die Interviews eignen sich für das Erreichen des Forschungsziels.

Die Teilnehmenden sind geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen, da sie alle Erfahrung in der Betreuung von Menschen mit SVV haben. Sie bilden eine homogene Gruppe, was eine vertiefte Analyse ermöglicht, aber gleichzeitig die Generalisierbarkeit einschränkt. Beispielsweise haben alle Teilnehmenden viel Berufserfahrung und sind durchschnittlich vierzig Jahre alt, wodurch sie

möglicherweise ähnliche Erfahrungen und Sichtweisen haben. Jüngere oder noch unerfahrene Fachpersonen könnten hingegen andere Meinungen und Erfahrungen miteinbringen. Des Weiteren ist das Vorgehen bei der Rekrutierung der Teilnehmenden nicht beschrieben und auch die Wahl der Stichprobengrösse wird nicht begründet, was ein Selbstauswahl-Bias vermuten lässt.

Positiv hervorzuheben ist die transparent präsentierte, sinnvolle Datenerhebung und Analyse. Der Gesprächsleitfaden mit den exakten Interviewfragen ist tabellarisch dargestellt und die Interviews werden basierend auf den Prinzipien einer anerkannten Analysemethode verarbeitet. Es sind mehrere Forschende am Auswertungsprozess beteiligt und die Gültigkeit der Daten wird am Schluss von den Teilnehmenden auf ihre Richtigkeit geprüft. Somit kann die Glaubwürdigkeit der Daten als hoch eingeschätzt werden. Des Weiteren werden die finalen Kategorien von verschiedenen Forschenden geprüft, wonach eine unabhängige Person eine Korrektur vornimmt. Zudem wird der Analyseprozess von einem anerkannten Computerprogramm unterstützt. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Themen gerechtfertigt sind. Darüber hinaus ist eine Ethikkommission involviert und die Anonymität der Teilnehmenden gewährleistet.

Die Resultate werden mit Zitaten im Text sowie mit bereits vorhandener Theorie bestätigt. Die Kategorien innerhalb der Resultate sind logisch gewählt, ähneln sich jedoch teilweise stark. Die Studie erweitert bereits bestehendes Wissen über die Erlebnisse von Pflegefachpersonen im Umgang mit Betroffenen von SVV. Die Forschenden binden den Praxistransfer mit ein und zeigen Vorschläge zur Implementierung auf. Zudem beschreiben sie klare Limitationen.

4.4.2 Einschätzung der Güte

In der folgenden Tabelle wird die Einschätzung der Güte dargestellt.

Tabelle 8

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Glaubwürdigkeit	Mehrere Forschende sind am Auswertungsprozess beteiligt und es wird ein Peer-Debriefing durchgeführt.
Übertragbarkeit	Durch die genaue Beschreibung der Stichprobe, des Settings und der Interviewfragen kann die Studie mit anderen Situationen verglichen und wiederholt werden. Zudem werden sinnvolle Zitate verwendet und die Resultate können für die weitere Erforschung des Themas genutzt werden. Jedoch liegt wahrscheinlich ein Selbstauswahl-Bias vor.
Bestätigbarkeit	Die Ergebnisse werden mit bestehender Literatur und anderen Studien ausführlich diskutiert und bestätigt.
Zuverlässigkeit	Die Ergebnisse werden durch eine unabhängige Person korrigiert. Zusätzlich werden die Themen mithilfe eines Computerprogrammes nochmals überprüft. Der analytische Prozess ist transparent und präzise aufgeführt.

4.5 Lived experience of working with female patients in a high secure mental health setting (Beryl et al., 2018)

Beryl et al. (2018) beschäftigen sich mit dem Ziel, Erfahrungen von Pflegefachpersonen zu verstehen, die Patientinnen mit SVV in einem Hochsicherheitstrakt betreuen. Das Ziel wird nachvollziehbar begründet. Pflegefachpersonen werden im National High Secure Healthcare Center for Women in England rekrutiert. Insgesamt nehmen sieben Pflegefachpersonen an Interviews teil, die vierzig bis fünfundsiebzig Minuten dauern. Die Gespräche werden aufgezeichnet, verbatim transkribiert und anschliessend mittels interpretativer phänomenologischer Analyse ausgewertet.

Die Resultate werden anhand folgender Kategorien dargestellt: (1) Horror, (2) Balanceakt: Wahrnehmung des Delikts versus Wahrnehmung der Person und Wichtigkeit der Kontrolle versus Wichtigkeit der Therapie, (3) Emotionale Schwerstarbeit, (4) Abteilung als Gemeinschaft und (5) Verständnis. Das Metathema „Sinn erkennen durch Verstehen“ verbindet alle Kategorien miteinander.

Schlussfolgernd erklären die Forschenden, dass Pflegende in diesem Setting vor vielen Herausforderungen stehen, wodurch sie Bewältigungsstrategien entwickeln, die gefördert werden müssen.

4.5.1 Kritische Würdigung

Die Forschenden beschreiben das Phänomen klar und führen es mit geeigneter Literatur ein. Das Forschungsthema wird sinnvoll begründet und erscheint für die Pflegepraxis relevant. Des Weiteren wird das Ziel klar formuliert. Da die Studienteilnehmenden in direktem Kontakt mit SVV-Betroffenen stehen, sind sie geeignete Informationsgebende. Die Teilnehmenden sind bezüglich Alter, Beruf, Berufserfahrung und Geschlecht transparent beschrieben und es gibt auch Angaben zum Vorgehen bei der Rekrutierung. Die Durchführung von Interviews mit offenen Fragen ist sinnvoll für das Erreichen des Forschungsziels. Positiv hervorzuheben ist die transparente Darstellung der gestellten Fragen in einer Tabelle. Darüber hinaus ist auch das Analyseverfahren detailliert beschrieben. Es sind mehrere Forschende daran beteiligt, die Transkripte werden mehrmals gegengelesen und mit dem Audiomaterial verglichen. Zusätzlich werden Protokolle und Diskussionen zwischen den Forschenden geführt, was die Glaubwürdigkeit der Studie erhöht.

Die Analyse der Notizen und des reflexiven Protokolls sind hingegen eher oberflächlich beschrieben. Die Resultate werden anschaulich in einer Tabelle präsentiert und mit Zitaten untermauert. Die Einteilung in Kategorien erscheint sinnvoll und verbessert die Übersicht. In der Kategorie „Metathema“ werden alle Ergebnisse miteinander verbunden, was zur Verständlichkeit beiträgt. Allerdings werden dabei keine Quellen oder Zitate einbezogen. Die Ergebnisse erweitern das Wissen über die Erlebnisse von Psychiatriepflegefachpersonen im Umgang mit SVV und legen zusätzlich einen Schwerpunkt auf die Wichtigkeit, das Verhalten von Menschen mit SVV zu verstehen. Darüber hinaus ist eine Ethikkommission involviert und die Anonymität der Daten gewährleistet.

In der Diskussion werden die Ergebnisse umfangreich mit bestehender Literatur verglichen. Die Forschenden setzen den Fokus auf Bewältigungsstrategien und begründen diese mit passenden Quellen. Es werden diesbezüglich auch klare Vorschläge zur Umsetzung in die Praxis vorgestellt. Da dies gemäss den Forschenden die erste Studie ist, die sich mit den Erfahrungen von Pflegefachpersonen bezüglich der Arbeit in einem Hochsicherheitstrakt mit psychisch erkrankten Patientinnen auseinandersetzt, leistet sie einen wertvollen Beitrag für die Pflegeforschung.

4.5.2 Einschätzung der Güte

In der folgenden Tabelle wird die Einschätzung der Güte dargestellt.

Tabelle 9

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Glaubwürdigkeit	Es beteiligen sich mehrere Forschende am Auswertungsprozess, die Analyse wird mehrmals wiederholt sowie Diskussionen und Protokolle geführt. Jedoch findet kein Peer-Debriefing statt.
Übertragbarkeit	Die Zitate sind sinnvoll gewählt und durch die hinreichende Beschreibung der Vorgehensweise kann die Studie in einem ähnlichen Setting wiederholt werden. Auf andere Settings als auf das des Hochsicherheitstraktes ist die Übertragbarkeit aber eingeschränkt. Die Implikationen für die Praxis scheinen umsetzbar.
Bestätigbarkeit	Die Ergebnisse werden umfangreich mit vorhandener Literatur verglichen. Eine externe Person ist aber nicht involviert.
Zuverlässigkeit	Die Beschreibung der analytischen Schritte ist präzise, jedoch ohne Veranschaulichung durch graphische Darstellungen. Eine Überprüfung durch ein externes Gremium findet nicht statt.

4.6 Mental health nurses' experiences of Caring for patients suffering from self-harm (Toftthagen et al., 2014)

Das Ziel der Studie ist das Beschreiben und Erfahren von Erlebnissen der Pflegefachpersonen in der Betreuung von Patienten und Patientinnen, die sich in einer Akutphase selbst verletzen. Es wird ein qualitativ explorativer und beschreibender Ansatz gewählt. Die Stichprobe wird im Stil eines purposive Sampling gezogen und besteht aus fünfzehn Teilnehmenden. Davon haben zwölf einen Bachelorabschluss in Pflege sowie eine Zusatzausbildung in psychiatrischer Pflege. Die übrigen drei Teilnehmenden sind registrierte Pflegefachpersonen mit viel Erfahrung im Umgang mit SVV-Betroffenen. Die Berufserfahrung liegt zwischen einem und vierzehn Jahren. Rekrutiert werden die Teilnehmenden von vier psychiatrischen Kliniken in Norwegen. Es werden semistrukturierte Interviews abgehalten, wonach eine qualitative Inhaltsanalyse folgt.

Die Ergebnisse werden anhand von zwei Oberkategorien (1) Herausfordernde und gemeinschaftliche Beziehung zwischen Pflege und Patient oder Patientin und (2) Wohlbefinden vermitteln durch Pflegeinterventionen dargestellt. Zudem werden den Oberkategorien zehn Unterkategorien zugeordnet.

Als Fazit beschreiben die Forschenden, dass es für die adäquate Betreuung von Betroffenen mit SVV Pflegefachpersonen mit erweiterten klinischen Kompetenzen benötigt.

4.6.1 Kritische Würdigung

Toftthagen et al. (2014) beschreiben das Phänomen sachlogisch mit Literatur und formulieren ein klares Forschungsziel. Der Forschungsbedarf wird mit Einbezug von Quellen nachvollziehbar begründet und die Relevanz des Forschungsziels aufgezeigt. Des Weiteren weisen die Forschenden transparent auf die Finanzierung der Studie durch Fördergelder hin. Das qualitativ explorative Design und die Art der Befragung sind geeignet für das Erreichen des Forschungsziels und auch die Rekrutierung wird transparent beschrieben. Durch die Rekrutierung in verschiedenen Kliniken kann repräsentatives, umfassendes Material gesammelt werden. Des Weiteren geben die Teilnehmenden ein schriftliches Einverständnis zur Mitwirkung an der Studie ab, werden über ethische Prinzipien während dem Forschungsprojekt aufgeklärt und eine Ethikkommission ist involviert. Dies zeugt von ethischer Verantwortung seitens Forschenden.

Darüber hinaus ist die Stichprobe präzise mit Informationen über das Geschlecht, die Berufserfahrung und Berufsausbildung beschrieben. Die Heterogenität in der Berufserfahrung könnte zu verschiedenen Ansichten verhelfen und verbessert die Repräsentativität der Stichprobe. Jedoch sind nur zwei Männer in der Stichprobe vertreten, wodurch mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede nicht erkannt werden können. Bezüglich der Datenerhebung kann positiv hervorgehoben werden, dass die Themen der gestellten Hauptfragen vorgängig erstellt, der Leserschaft präsentiert und in allen Interviews verwendet werden. Die exakten Fragen sind jedoch nicht festgehalten. Die Interviewführung und die Transkription werden sinnvollerweise von der gleichen Person durchgeführt. Das Analyseverfahren erfolgt nach einem anerkannten Verfahren und die einzelnen Schritte sind präzise und logisch beschrieben sowie mit nachvollziehbaren Tabellen veranschaulicht.

Die Forschenden arbeiten mit Codierungen und diversen Kategorisierungen, um die Ergebnisse sinnvoll zu unterteilen. Analytische Entscheidungen werden stets mit allen Forschenden diskutiert und die Daten unabhängig voneinander untersucht. Nach fünfzehn Interviews stellen die Forschenden eine Datensättigung fest.

Die Resultate sind anhand von Kategorien und diversen Subkategorien deutlich präsentiert und werden mit passenden Zitaten gestützt.

Die Ergebnisse werden umfangreich diskutiert und mit bestehender Literatur verglichen. Des Weiteren wird ein Modell, dessen Wirksamkeit bereits bestätigt wurde, in die Diskussion miteinbezogen. Dadurch ist die Bedeutung für die Pflegepraxis deutlich erkennbar. Darüber hinaus geben die Forschenden mehrere Empfehlungen ab, die in der Praxis umsetzbar sind. Es wird jedoch nur eine Limitation beschrieben, was unrealistisch und wenig reflektiert wirkt. Die Beeinflussung der Interpretation der Daten durch die professionellen Hintergründe der Autoren und Autorinnen wird beispielsweise nicht thematisiert.

4.6.2 Einschätzung der Güte

In der folgenden Tabelle wird die Einschätzung der Güte dargestellt.

Tabelle 10

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Glaubwürdigkeit	Alle Forschenden sind an der Analyse beteiligt und diskutieren regelmässig alle Stufen des Analyseverfahrens. Es ist jedoch keine Triangulation oder Peer-Debriefing beschrieben.
Übertragbarkeit	Durch die ausführliche Beschreibung der Methode, insbesondere der Datenerhebung und Analyse ist eine Wiederholung möglich. Des Weiteren erscheint die Stichprobe repräsentativ und Zitate werden sinnvoll verwendet, wodurch die Ergebnisse in die Pflegepraxis übertragen und für weitere Forschungen verwendet werden können. Darüber hinaus ist die Grösse der Stichprobe passend, was die Erreichung einer Datensättigung beweist.
Bestätigbarkeit	Die Ergebnisse werden mit Einbezug eines Modells und bestehender Literatur verglichen und ausführlich diskutiert. Es ist jedoch keine externe Person involviert.
Zuverlässigkeit	Das Ziel und die Verwendung von Forschungsgeldern werden transparent beschrieben und durch die genaue Dokumentation des Analyseprozesses sind die Ergebnisse vertrauenswürdig.

4.7 Ergebnisse der Studien

Nun folgt die detaillierte Darstellung der Ergebnisse der Studien, kategorisiert nach den Themen Gefühlsleben, Beziehung zu den Patientinnen und Patienten, Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams, Strategien für den Umgang mit SVV und Verständnis von SVV.

4.7.1 Gefühlsleben

Pflegeschwestern äussern Frustration und Unsicherheit, wenn sie mit selbstverletzenden Handlungen konfrontiert werden (Wilstrand et al., 2007). Dies führe teils zu Wut auf die Patienten und Patientinnen. Sie geben an, in solchen Situationen von ihren eigenen Gefühlen überwältigt zu werden. Zudem seien sie sich ständig dem Risiko bewusst, dass SVV tödlich enden könne. Andere finden es emotional ermüdend, immer wachsam sein zu müssen (Beryl et al., 2018). Des Weiteren wird Angst vor den lebensgefährlichen Handlungen der Patientinnen und Patienten geäussert (Beryl et al., 2018; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Zudem geben Teilnehmende von drei Studien an, SVV schockiere sie (Beryl et al., 2018; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008). Die Gesundheitsfachpersonen wollen ihre Patientinnen und Patienten vor SVV schützen, was allerdings häufig scheitert (Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008). Dies kann zu Traurigkeit führen (Rouski et al., 2017). Darüber hinaus werden Gefühle der Hoffnungslosigkeit (Beryl et al., 2018; Thompson et al., 2008), Machtlosigkeit (Toftagen et al., 2014; Wilstrand et al., 2007), Mutlosigkeit (Toftagen et al., 2014) sowie Ärger und Frustration (Lundegaard Mattson & Binder, 2012; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007) aufgrund des Erlebens von SVV thematisiert. Gemäss Lundegaard Mattson & Binder (2012) ist es für die Betreuenden unangenehm, mit SVV in Kontakt zu kommen. Sie würden sich nicht an das Verhalten gewöhnen. Teilnehmende der Studien von Beryl et al. (2018) und Rouski et al. (2017) bemerken hingegen eine Desensibilisierung bezüglich SVV. Darüber hinaus kann der Rückfall von Patientinnen und Patienten als eigene Niederlage empfunden werden (Toftagen et al., 2014) und setzt Pflegende unter Druck (Beryl et al., 2018). Häufig ist auch die Sorge um die Patientinnen und Patienten sehr gross (Rouski et al., 2017; Toftagen et al., 2014).

Einige Befragte haben Angst vor Manipulationen durch die Patientinnen und Patienten und fühlen sich in solchen Situationen betrogen (Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Laut Wilstrand et al. (2007) empfinden es die Pflegenden zudem als unfair, wenn Betroffene sie kritischen Situationen wie Suizidversuchen aussetzen. Sie würden versuchen, sich abzugrenzen und nicht alle Gefühle zuzulassen. Dies führe aber zu einer emotionalen Kälte und Distanziertheit. Weiter führen die Forschenden aus, Teilnehmende würden von Teammitgliedern berichten, welche die Kontrolle über ihre Emotionen verlören. Dies drücke sich in Form von Anschreien, Handgreiflichkeiten oder Erniedrigung der Patienten und Patientinnen aus.

Die Teilnehmenden der Studie von Lundegaard Mattson & Binder (2012) äussern Frustration, wenn sie aufgrund von SVV Zwang und Kontrolle anwenden müssen. Sie würden sich weniger emotional involviert und deshalb gelassener fühlen, wenn sie gegenüber SVV toleranter seien und nicht sofort intervenieren würden. Auch Teilnehmende von Wilstrand et al. (2007) drücken Frustration bezüglich der strikten Beobachtung von Betroffenen aus. Die Schwierigkeit bestehe darin, die Integrität der Patienten und Patientinnen zu wahren.

Die Erlebnisse können auch Auswirkungen auf das Privatleben haben, wie die Ergebnisse der Studien von Beryl et al. (2018), Rouski et al. (2017) und Thompson et al. (2008) zeigen. Die Teilnehmenden würden sich auch noch in ihrer Freizeit mit den Erlebnissen auseinandersetzen und könnten sich deshalb nicht vom Arbeitsalltag abgrenzen. Zusätzlich führen laut Thompson et al. (2008) Zeitdruck und Personalmangel zur Überarbeitung der Fachpersonen. Gemäss Lundegaard Mattson & Binder (2012) stellt ein hektisches, kontrollierendes Arbeitsumfeld ebenfalls eine Erschöpfungsfahr dar.

Trotz den beschriebenen negativen Gefühlen empfinden einige der Befragten auch Verständnis und Empathie (Beryl et al., 2018; Lundegaard Mattson & Binder, 2012; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Tofthagen et al., 2014; Wilstrand et al., 2007) für die Patienten und Patientinnen. Sie engagieren sich in der Betreuung der Betroffenen und sind hoffnungsvoll und überzeugt, den Patientinnen und Patienten helfen zu können (Tofthagen et al., 2014; Wilstrand et al., 2007).

4.7.2 Beziehung zu den Patientinnen und Patienten

Die Ergebnisse der meisten Studien zeigen, dass es für Pflegende und die weiteren Gesundheitsfachpersonen herausfordernd ist, eine Beziehung zu Patienten und Patientinnen aufzubauen, die an SVV leiden. In der Studie von Toftthagen et al. (2014) beschreiben die Pflegenden die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten als unangenehm, provokativ und herausfordernd. Laut Thompson et al. (2008) und Wilstrand et al. (2007) fällt es den Pflegefachpersonen schwer, Beziehungen mit den Patientinnen und Patienten einzugehen, obwohl sie diese als förderlich für deren Genesung halten. Grund dafür sei, dass die Teilnehmenden das Verhalten der Patientinnen und Patienten teilweise als manipulativ interpretieren würden und selbstverletzende Handlungen persönlich nähmen. Dies führe zu Konflikten und wirke sich negativ auf die Vertrauensbasis der Beziehung aus. Andere Befragte fühlen sich isoliert in der Beziehung zu SVV-Betroffenen oder erachten die Betreuung als hoffnungslos und stressig (Thompson et al., 2008). Laut Rouski et al. (2017) nehmen die Betreuenden in der Beziehungsgestaltung eine elternähnliche Rolle gegenüber den Betroffenen ein und zeigen daher ihre Emotionen nicht offen, um ihnen eine zusätzliche Belastung zu ersparen. Andere Pflegenden finden es schwierig, eine professionelle Distanz zwischen sich und den Patientinnen und Patienten mit SVV aufrecht zu erhalten, da das Aushandeln von Nähe und Distanz in der Beziehung viel Sensibilität seitens der Pflegenden erfordert (Wilstrand et al., 2007). Die Teilnehmenden von Lundegaard Mattson & Binder (2012) wiederum erklären, Vorwürfe seien kontraproduktiv und beziehungs-schädigend, weshalb sie versuchen würden, empathisch auf SVV von Patienten und Patientinnen zu reagieren. Gleichzeitig müsse eine professionelle Distanz gewahrt werden, ohne gefühllos zu wirken. Die Herstellung dieses Gleichgewichts sei eine grosse Herausforderung.

4.7.3 Zusammenarbeit des Pflorgeteams

Vier Studien beschreiben die Unterstützung innerhalb des Teams als essentiell (Beryl et al., 2018; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Die Teilnehmenden der Studie von Beryl et al. (2018) betonen die Wichtigkeit des Teams als Gemeinschaft, welches zusammenhält und ihre Stärken und Schwächen nutzt. Gleichzeitig gälten Konflikte im Team als eine der herausforderndsten Aspekte ihrer Arbeit. Auch Thompson et al. (2008) und Wilstrand et al. (2007) erwähnen die Gefahr der Teamspaltung aufgrund von Meinungsverschiedenheiten.

Hier ist vor allem Kommunikation innerhalb des Teams wichtig (Thompson et al., 2008). Laut Wilstrand et al. (2007) ist es den Pflegenden wichtig, dass alle Teammitglieder dieselben Regeln im Umgang mit den Patientinnen und Patienten befolgen, um den Zusammenhalt zu stärken. Des Weiteren würden die Teilnehmenden das Bedürfnis äussern, Bestätigung innerhalb des Teams zu erhalten und ihre Gefühle teilen zu können. Dies scheint aber häufig nicht wie gewünscht zu funktionieren. Laut Wilstrand et al. (2007) fühlen sich die Teilnehmenden in Situationen mit SVV von ihren Teamkolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten im Stich gelassen und kritisieren deren mangelnde Beteiligung an Nachbesprechungen. Des Weiteren würden sie sich im Team nicht gehört fühlen. Dies könne so kräftezerrend sein, dass sich Pflegende manchmal krankschreiben liessen. Auch einige Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen der Studie von Beryl et al. (2018) fühlen sich von den ausgebildeten Pflegefachpersonen nicht ernstgenommen.

Anders äussern sich die Teilnehmenden von Thompson et al. (2008), welche die Atmosphäre in ihrem Team sicher und urteilsfrei erleben. Dies werde sehr geschätzt. Der Austausch im Team werde vor allem zum Dampf ablassen, für emotionale Unterstützung und um Ratschläge für die Praxis zu erhalten, genutzt. Die Teilnehmenden der Studie von Rouski et al. (2017) schätzen vor allem, dass die Unterstützung des Teams auf einfachen, informellen Wegen angefordert, und komplexe Fälle oder Sorgen geteilt werden können. Trotzdem würden sich viele Teilnehmende mehr individuelle Unterstützung wünschen. Darüber hinaus kann die Unterstützung durch das Team, aufgrund zu wenig Zeit und Personal, nicht immer genutzt werden. (Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008).

4.7.4 Strategien

Gemäss Beryl et al. (2018) hilft den Pflegenden das Miterleben von Fortschritten ihrer Patientinnen und Patienten, um in ihrer Arbeit einen Sinn zu sehen und die schlechten Tage ein wenig zu vergessen. Auch Achtsamkeit, schwarzer Humor, strikte Trennung von Arbeit und Freizeit und die Unterstützung im Team seien hilfreich, um mit den belastenden Situationen in ihrem Arbeitsalltag umzugehen. Ähnlich beschreiben Wilstrand et al. (2007) Humor und Ironie als effiziente Bewältigungsstrategie.

In vier Studien wird betont, dass Supervisionen und Diskussionen innerhalb des Teams essenziell für das Verarbeiten der Situationen sind (Beryl et al., 2018; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Einige Befragte wünschen sich jedoch mehr Zeit für Reflexionen (Rouski et al., 2017). Auch positive Erfahrungen helfen, sich selbstsicherer bezüglich der eigenen Fähigkeiten zu fühlen (Thompson et al., 2008). So könne auch die Angst vor SVV reduziert werden.

Die Teilnehmenden der Studie von Tofthagen et al. (2014) wenden das bewusste Distanzhalten in der pflegerischen Beziehung als Bewältigungsstrategie an. Trotzdem würden die Pflegefachleute die Person hinter der Erkrankung sehen und anerkennen wollen. In der Studie von Wilstrand et al. (2007) grenzen sich die Teilnehmenden von SVV und den eigenen Gefühlen ab, um in akuten Situationen handlungsfähig zu bleiben. Teilnehmende der Studie von Beryl et al. (2018) akzeptieren die Betroffenen besser, wenn sie über deren negativen Lebenserfahrungen Bescheid wissen.

Laut Lundegaard Mattson & Binder (2012) hilft es den Teilnehmenden, wenn sie SVV mit mehr Toleranz begegnen und nicht sofort intervenieren oder Zwangsmassnahmen anwenden. Sie würden sich dadurch weniger emotional involviert fühlen. Grundsätzlich empfänden sie ihre Arbeit als weniger belastend, wenn sie in einer kooperativen, partnerschaftlichen Beziehung zu den Betroffenen stünden, weil diese dann mehr Eigenverantwortung trügen. Dadurch werde weniger Zwang angewendet. Weiter gehen die Forschenden derselben Studie davon aus, dass es zu weniger Frustration seitens der Gesundheitsfachleute kommt, wenn SVV als Schrei nach Hilfe anstatt als manipulatives Verhalten verstanden wird.

Weitere Ergebnisse zeigen, dass bei den Teilnehmenden Selbstsicherheit und ein Gefühl der Wirksamkeit ihrer Arbeit entsteht, wenn sie anhand eines spezifischen Aktionsplans wissen, wie auf SVV reagiert werden soll (Lundegaard Mattson & Binder, 2012). Teilnehmende anderer Studien fühlen sich hingegen bezüglich SVV unzureichend ausgebildet, was zu mehr Belastung führt (Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Weiter beschreiben Teilnehmende eine Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen von SVV und wünschen sich diesbezüglich Weiterbildungen (Wilstrand et al., 2007). Andere sehnen sich nach konkreten Vorgehensweisen (Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008).

Eine Station mit ausreichenden finanziellen Ressourcen, angemessen ausgebildetem Personal und genügend Zeit für die Betroffenen gilt als optimale Arbeitssituation (Wilstrand et al., 2007).

4.7.5 Verständnis von SVV

Die Ergebnisse zeigen, dass das Verständnis der Teilnehmenden von SVV von Studie zu Studie und teilweise auch innerhalb der Studien unterschiedlich ist. Laut Beryl et al. (2018) wird SVV als Verhalten verstanden, das schnell zu einer lebensgefährlichen Situation führen kann. Diese Gefahr wird ebenfalls von den Fachpersonen aus den Studien von Tofthagen et al. (2014) und Lundegaard Mattson & Binder (2012) beschrieben, die SVV als schmalen Grat zwischen Leben und Tod definieren. Die Studienteilnehmenden von Lundegaard Mattson & Binder (2012) führen weiter aus, dass der Unterschied zwischen suizidaler Absicht und SVV sehr wichtig in Bezug auf die weitere Behandlung ist. Die Unterscheidung gestalte sich jedoch schwierig und die Entscheidung beruhe oft auf der Intuition der Gesundheitsfachleute, was als belastend empfunden werde. Des Weiteren beschreiben die Teilnehmenden derselben Studie, bei SVV gehe es darum, die innere Unruhe loszuwerden. Das Verhalten sei das Ergebnis einer Erziehung, in der Vernachlässigung oder Missbrauch präsent war, weshalb häufig ein starker Wunsch nach Aufmerksamkeit bestehe.

Einige Teilnehmende der Studie von Thompson et al. (2008) beschreiben es als wichtig, die individuellen Gründe für SVV bei der betroffenen Person zu erkennen, um empathisch reagieren zu können. Weiter wird SVV als Bewältigungsstrategie angesehen, um schmerzvolle emotionale Zustände zu regulieren und Spannungen zu lösen (Lundegaard Mattson & Binder, 2012; Thompson et al., 2008).

Laut einigen Teilnehmenden der Studie von Thompson et al. (2008) wird durch SVV der psychische Schmerz durch Körperlichen ersetzt. Andere Teilnehmende der gleichen Studie vertreten hingegen die Ansicht, SVV diene als Kontrolle von Mitmenschen und zum Aufmerksamkeitsgewinn. Teilnehmende der Studie von Wilstrand et al. (2007) empfinden SVV als gewaltsame Handlung anderer Menschen gegenüber. Sie könnten die Gründe für SVV oft nicht nachvollziehen und wüssten nicht, wie sie sich um die Probleme der Betroffenen kümmern sollen.

5 Diskussion

In diesem Kapitel wird zunächst Bezug zur Fragestellung genommen. Anschliessend folgt eine Auseinandersetzung mit den qualitativen Unterschieden der Studien, wonach die im Kapitel 4 vorgestellten Ergebnisse einander kritisch gegenübergestellt und mit bestehender Literatur verglichen werden. Nach dem Bezug zum Salutogenese-Konzept folgt die Beantwortung der Fragestellung. Abschliessend werden die Limitationen dieser Arbeit erläutert.

5.1 Bezug zur Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Wissen über die Auswirkungen von SVV auf Pflegefachpersonen im psychiatrischen Setting darzustellen und einen Überblick über Strategien für den professionellen Umgang mit SVV zu geben.

Anhand der inkludierten Studien wurden Ergebnisse zu den Themenbereichen Gefühlserleben, Beziehung zu Patienten und Patientinnen, Zusammenarbeit innerhalb des Pflorgeteams, Strategien im Umgang mit den Auswirkungen sowie Verständnis von SVV gefunden. Diese bilden die Grundlage für das Kapitel der Diskussion.

5.2 Auseinandersetzung mit den qualitativen Unterschieden der Studien

Wie bereits im Kapitel 4 erwähnt, weisen die Studien teilweise Limitationen auf, weshalb nicht alle Ergebnisse gleich gewertet werden können. Es folgt nun eine Zusammenfassung der wichtigsten qualitativen Unterschiede, welche bei der weiteren Diskussion der Ergebnisse bedacht werden sollten.

Rouski et al. (2017) beschreiben ihre Stichprobe als zu klein, um die Resultate generalisieren zu können. Darüber hinaus betreuen die Teilnehmenden dieser Studie Jugendliche, wodurch die Übertragung auf Settings mit Erwachsenen eingeschränkt ist. Weiter sind in der Studie von Thompson et al. (2008) alle Teilnehmenden weisser Hautfarbe, berufserfahren und besitzen die britische Staatsbürgerschaft. Die Forschenden geben zu bedenken, dass die Übertragbarkeit auf Pflegende mit anderem kulturellem Hintergrund, weniger Berufserfahrung oder ausländischer Ausbildung, eingeschränkt ist. Da die Studie von Beryl et al. (2018) in einem Hochsicherheitstrakt durchgeführt wird, ist die Übertragung auf nicht forensische Settings eingeschränkt.

Eine weitere Schwierigkeit zeigt sich in der Übersetzung der Interviews auf Englisch. Wilstrand et al. (2007) wenden ein, dass dadurch möglicherweise die Interpretation der Daten beeinflusst wird. Des Weiteren erfolgt die Datensammlung in den Studien von Lundegaard Mattson & Binder (2012) sowie Thompson et al. (2008) durch die retrospektive Erzählung. Hier bestehe die Gefahr, dass Erlebnisse falsch wiedergegeben, oder wichtige Aspekte vergessen werden.

5.3 Kritische Gegenüberstellung der Ergebnisse

Nun werden die Ergebnisse der inkludierten Studien einander kritisch gegenübergestellt. Die Gliederung erfolgt erneut anhand der Themen in der Fragestellung.

5.3.1 Gefühlserleben

Bei den Teilnehmenden aller Studien löst SVV eine Vielzahl unangenehmer Gefühle aus, wobei mehrere Szenarien beschrieben werden, die Angst auslösen: Angst vor lebensgefährlichen Situationen bei SVV (Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007), die Angst, von den Betroffenen manipuliert und getäuscht zu werden (Wilstrand et al., 2007) oder Angst, um das Wohlergehen der Patienten und Patientinnen (Rouski et al., 2017; Tofthagen et al., 2014). Teilnehmende der Studie von Wilstrand et al. (2007) werden in Situationen mit SVV von ihren Gefühlen überwältigt. Dies könne zum Kontrollverlust der eigenen Emotionen führen, was sich in Form körperlicher und psychischer Demütigung gegenüber den Betroffenen ausdrücke. Die Studien von Karman et al. (2015) und Patterson et al. (2007) bestätigen diese starke Wirkung von SVV auf das Gefühlserleben von Pflegenden. Die Arbeit mit Betroffenen von SVV könne bei Fachpersonen immense emotionale Reaktionen auslösen. In anderen Studien wird bei Fachpersonen durch das Erleben von SVV ein Gefühl des Kompetenzverlustes festgestellt (Conlon & O'Tuathail, 2012; Patterson et al., 2007; Reece, 2005).

Durch den Einfluss von SVV auf das Gefühlserleben wird die Wichtigkeit des Umgangs mit den eigenen Emotionen der Pflegenden sichtbar. Die Betreuung von Patienten und Patientinnen stellt für Pflegende eine Herausforderung dar, wenn sie nicht mit den negativen Gefühlen wie Angst und Frustration umgehen können (McAllister et al., 2002). Holdsworth et al. (2001) fügen hinzu, dass sich ein unzureichender Umgang mit den eigenen Emotionen negativ auf die Einstellung der Pflegenden zu SVV auswirkt. Dies lässt darauf schliessen, dass der Umgang mit den eigenen Emotionen einen grossen Einfluss auf die Betreuung von Patienten und Patientinnen mit SVV haben kann.

Die Studie von Wilstrand et al. (2007) zeigt, dass auch gut ausgebildete Pflegefachpersonen Schwierigkeiten haben können, mit ihrem Gefühlsleben umzugehen. In der Stichprobe haben alle eine Ausbildung zur Pflegefachperson abgeschlossen und zwei Drittel davon sind spezialisiert in Psychiatriepflege oder in Psychotherapie. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass sie auf den Umgang mit SVV vorbereitet wurden. Trotzdem wird Kontrollverlust seitens der Pflegenden geäußert.

Obwohl nicht erkennbar ist, welche Pflegefachpersonen mit welchem Ausbildungsgrad Demütigung gegenüber Patientinnen und Patienten ausüben, wird die Notwendigkeit von Weiterbildungen und Supervisionen für Fachpersonen sichtbar. Dies wurde auch bereits von Anderson (1997) und Hemmings (1999) erkannt.

5.3.2 Beziehung zu Patienten und Patientinnen

Die Teilnehmenden der Studie von Lundegaard Mattson & Binder (2012) reagieren in Situationen mit SVV empathisch auf die Betroffenen, was sich positiv auf die Beziehungsgestaltung zu den Patienten und Patientinnen auswirkt. Es scheint demnach einen Zusammenhang zwischen der Art der Begegnung von Pflegenden auf Betroffene und der Qualität ihrer Beziehung zu geben. Fish & Reid (2011) bestätigen dies: Die Art, wie Pflegende das Verhalten der Betroffenen wahrnehmen, kann die Beziehung beeinflussen und das Verhalten der Patienten und Patientinnen verbessern, beziehungsweise verschlechtern. Teilnehmende der Studie von Beryl et al. (2018) äussern sich ähnlich: Wenn den Betreuenden die Einordnung von SVV schwerfällt, leidet die Beziehung darunter.

Andere Teilnehmende empfinden die Beziehung mit den Betroffenen zwar als förderlich für deren Genesung, trotzdem fällt es ihnen schwer, eine enge Beziehung mit ihnen einzugehen (Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Grund dafür sei, dass die Teilnehmenden das Verhalten der Patientinnen und Patienten oft als manipulativ interpretieren. Sie nähmen die selbstverletzenden Handlungen der Patientinnen und Patienten persönlich, was sich negativ auf die Vertrauensbasis und somit auf die Beziehung auswirke. Dieses Empfinden von Manipulation wird von Law et al. (2009) bekräftigt: Neben Wut auf die Betroffenen fühlen sich die Pflegenden betrogen. Diese Empfindungen würden vor allem von Betreuenden geäußert, die den Patienten oder die Patientin für ihr eigenes Verhalten verantwortlich machen.

Verglichen mit den restlichen Studien unterscheiden sich die Äusserungen der Befragten der Studie von Rouski et al. (2017) bezüglich ihrer Beziehung zu den Patienten und Patientinnen. Die Teilnehmenden beschreiben, eine elterliche Rolle zu übernehmen und ihre Emotionen nicht offen gegenüber den Patienten und Patientinnen zu zeigen, um ihnen eine zusätzliche Belastung zu ersparen. Dies könnte mit dem Setting der Jugendpsychiatrie in Verbindung stehen.

Forschende erklären sich das Phänomen anhand der Bindungstheorie, bei der Menschen unbewusst versuchen, eine Bezugsperson für Jugendliche zu sein und so eine sichere Bindung zu ihnen aufzubauen (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1973).

5.3.3 Zusammenarbeit

Die Teilnehmenden der Studien, in welchen die Zusammenarbeit innerhalb des Teams thematisiert wird, sind sich einig: Die Zusammenarbeit und die Unterstützung des Teams ist ein Bedürfnis von allen (Beryl et al., 2018; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Dabei fallen die Ergebnisse aus den Studien von Wilstrand et al. (2007) und Beryl et al. (2018) auf: Die Teilnehmenden fühlen sich von restlichen Teamangehörigen nicht ernstgenommen und erfahren von ihnen keine Unterstützung in Situationen mit SVV. Grund dafür könnte sein, dass weniger gut ausgebildete Teammitglieder grundsätzlich seltener in Teambesprechungen einbezogen werden und auf ihre Meinung weniger Wert gelegt werden könnte. Dafür spricht, dass in der Studie von Beryl et al. (2018) Pflegeassistentinnen und Assistenten berichten, sie fühlen sich von höher gestellten Pflegefachleuten nicht gehört, während besser ausgebildete Pflegefachleute hingegen erklären, sie würden die Kameradschaft im Team geniessen und voneinander profitieren können. Andererseits erleben Teilnehmende der Studie von Wilstrand et al. (2007) auch die Zusammenarbeit mit Teammitgliedern desselben Ausbildungsgrades als nicht zufriedenstellend, was darauf hindeutet, dass es noch weitere Gründe für die Missstände geben muss.

In anderen Studien hingegen wird die Zusammenarbeit des Teams als unterstützend empfunden und sehr geschätzt (Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008). Die Atmosphäre in Teambesprechungen wird als sicher und urteilsfrei beschrieben (Thompson et al., 2008). Hier liegt das Problem in knappen personellen und zeitlichen Ressourcen, aufgrund deren die Unterstützung häufig nicht in Anspruch genommen werden kann (Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008).

5.3.4 Strategien

In allen Studien wird thematisiert, dass spezifisches Fachwissen bezüglich SVV und des Umgangs damit von den Teilnehmenden als hilfreich angesehen wird (Beryl et al., 2018; Lundegaard Mattson & Binder, 2012; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Tofthagen et al., 2014; Wilstrand et al., 2007). Auffallend ist, dass sich Teilnehmende verschiedener Studien bezüglich SVV unzureichend ausgebildet fühlen (Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Dies könnte darauf zurück zu führen sein, dass die Betreuenden eine zu geringe oder zu wenig spezialisierte Ausbildung haben. Die Stichprobe der Studie von Rouski et al. (2017) besteht aus nur zwei ausgebildeten Pflegefachleuten. Da keine Informationen über die Art ihrer Ausbildung oder eine mögliche Spezialisierung auf das psychiatrische Setting erwähnt werden, ist anzunehmen, dass sie generalistisch ausgebildet sind. Zwei weitere Teilnehmende sind Pflegeassistentinnen und Assistenten, die dementsprechend weniger gut ausgebildet sind. Dazu kommt eine Lehrperson, über die es keine Angaben bezüglich Spezialisierungsgrad gibt. Auf die Studien von Thompson et al. (2008) und Wilstrand et al. (2007) kann die Begründung der zu geringen oder zu wenig spezialisierten Ausbildung jedoch nicht zutreffen. In der Studie von Thompson et al. (2008) bestand die Stichprobe aus Psychiatriepflegefachleuten der Spitex. Sie absolvierten zwar keine Schulung in Psychotherapie, jedoch beträgt die durchschnittliche Arbeitserfahrung achtzehn Jahre und alle tragen den Titel „Sister“ oder „Charge Nurse“, was auf einen hohen Ausbildungsgrad hinweist. Bei diesem Ausbildungsstand könnte erwartet werden, dass sich die Pflegefachleute bezüglich SVV angemessen ausgebildet und vorbereitet fühlen. Auch in der Studie von Wilstrand et al. (2007) sind vier von sechs Teilnehmenden im psychiatrischen Setting spezialisiert und zwei Teilnehmende sind generalistisch ausgebildete Pflegefachleute. Auffallend bei dieser Studie ist, wie bereits in der kritischen Würdigung erwähnt, die grosse Spannweite in der Berufserfahrung, die zwischen einem und achtzehn Jahre liegt. Weder ist bekannt, wie viele Teilnehmende wenig Erfahrung haben, noch ist aufgeführt, wie sich die Berufserfahrung auf die Unsicherheiten bezüglich SVV auswirken. Vorstellbar wäre jedoch, dass die Pflegefachpersonen mit wenig Erfahrung eher Unsicherheit bezüglich SVV äusserten.

Ebenfalls auffällig ist, dass ausschliesslich die Teilnehmenden der Studie von Lundegaard Mattson & Binder (2012) eine Hilfestellung darin sehen, SVV mit mehr Toleranz zu begegnen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Teilnehmenden einen Prozess der Veränderung bezüglich ihres Umgangs mit SVV und den davon Betroffenen durchlaufen, der sonst in keiner Studie stattfindet. Die Teilnehmenden erfahren, dass sich eine kooperative, partnerschaftliche Beziehung zu den Betroffenen positiv auf ihr eigenes Befinden auswirkt (Lundegaard Mattson & Binder, 2012).

Weitere beliebte Strategien sind Supervisionen und Teambesprechungen, um herausfordernde Situationen besser verarbeiten zu können (Beryl et al., 2018; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Auch O'Donovan (2007) und Davies (2015) erklären die Wichtigkeit von regelmässigen Supervisionen.

Humor wird ebenfalls als Bewältigungsstrategie thematisiert (Beryl et al., 2018; Wilstrand et al., 2007). Dessen Nutzen kann in der Stressbewältigung von Angestellten auf dem Notfall (Charman, 2013) und allgemein im Umgang mit herausfordernden Situationen (Young, 1995) bestätigt werden. Weitere Studien nennen positive Effekte, wie die Normalisierung der Situation (Myers, 2005) oder das Verbergen von Verletzlichkeit (Tracy et al., 2006).

5.3.5 Verständnis

Das unterschiedliche Verständnis der Teilnehmenden von SVV könnte auf das verschieden vorhandene Fachwissen der Teilnehmenden bezüglich SVV zurück zu führen sein. Es fällt auf, dass in Studien, in denen Teilnehmende mangelndes Fachwissen äussern, SVV als manipulativ oder gewaltsam beschrieben wird (Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). In Studien, in denen Teilnehmende SVV Verständnis entgegenbringen können, wird hingegen kein Mangel an Fachwissen geäussert (Lundegaard Mattson & Binder, 2012; Tofthagen et al., 2014). Andere Quellen bestätigen einen Zusammenhang zwischen einer positiven Einstellung von Fachpersonen bezüglich SVV und ihrem Bildungsniveau in Bezug auf SVV (Dickinson et al., 2009; Saunders et al., 2012; Timson et al., 2012). Dies könnte wiederum auf die unterschiedlichen Ausbildungsgrade zurück zu führen sein. In Studien, in denen SVV vorwiegend verständnisvoll begegnet wird, haben die Teilnehmenden hohe und teilweise spezialisierte Ausbildungen (Beryl et al., 2018; Lundegaard Mattson & Binder, 2012; Tofthagen et al., 2014).

Wie jedoch bei den Strategien erwähnt, wird durch die Studien von Thompson et al. (2008) und Wilstrand et al. (2007) klar, dass eine hoher Ausbildungsgrad nicht automatisch bedeutet, für die Praxis vorbereitet zu sein beziehungsweise genügend Fachwissen bezüglich SVV zu erhalten.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass sich das Verständnis von SVV auf die anderen Kategorien auswirkt. Beispielsweise scheint ein negativ behaftetes Verständnis für SVV das Gefühlserleben der Betreuenden zu verschlechtern, eine positive Einstellung wiederum scheint es zu verbessern. Diese Erkenntnis wird von Law et al. (2009) bestätigt. Sie erklären, die Interpretation von SVV als Manipulation oder Suche nach Aufmerksamkeit führe zu Frustration.

Auch die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten wird negativ beeinflusst, wenn sich die Fachleute betrogen oder persönlich angegriffen fühlen (Thompson et al., 2008). Darüber hinaus können unterschiedliche Ansichten innerhalb des Teams bezüglich SVV zu Konflikten führen (Beryl et al., 2018; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007).

Des Weiteren zeigen die Ausführungen am Anfang dieses Unterkapitels bezüglich des Fachwissens, dass sich das Verständnis von SVV darauf auswirkt, ob sich Fachpersonen mehr Wissen und Weiterbildungen wünschen. Dies bedeutet, dass die Art der benötigten Strategien ebenfalls vom Verständnis von SVV abhängt.

Gleichzeitig ist bekannt, dass Weiterbildungen bezüglich SVV dessen Verständnis beeinflusst (Dickinson & Hurley, 2012; Friedman et al., 2006; Saunders et al., 2012; Timson et al., 2012; Wheatley & Austin-Payne, 2009). Daraus lässt sich schliessen, dass durch konkrete Schulungen der Fachpersonen auf SVV das Verständnis von SVV, das Gefühlserleben, die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten und die Zusammenarbeit im Team positiv beeinflusst werden können, wodurch die allgemeine Arbeitsbelastung reduziert werden kann.

5.4 Bezug zum Salutogenese-Konzept

Die Ergebnisse der inkludierten Studien zeigen auf, dass die Arbeit mit SVV-Betroffenen für Betreuende häufig belastend ist. Dadurch erfahren Psychiatriepflegende vermehrt Stress im Arbeitsalltag, wodurch ein erhöhtes Risiko entsteht, psychische Erkrankungen zu entwickeln (Malinauskienė et al., 2009). Da das Salutogenese-Konzept für Supervisionen (Pålsson et al., 1994, 1996) und als Burn-out Prävention (Forbech Vinje, 2007; Vinje & Mittelmark, 2006) für Pflegefachpersonen angewendet wird, ist der Einbezug dieses Konzepts in diese Arbeit passend. Die Ergebnisse aus den Studien können auf alle drei Komponenten des Kohärenzgefühls übertragen werden.

5.4.1 Verstehbarkeit

Viele der Teilnehmenden können die Erlebnisse mit SVV und ihre Reaktion darauf verarbeiten und einordnen. Sie beschreiben eine Vielzahl differenziert erlebter Gefühle (Beryl et al., 2018; Lundegaard Mattson & Binder, 2012; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Tofthagen et al., 2014; Wilstrand et al., 2007). Einigen Teilnehmenden fällt es schwer, die Gründe von SVV zu verstehen, können dies aber reflektieren (Rouski et al., 2017).

5.4.2 Handhabbarkeit

Die Teilnehmenden zeigen viele Strategien auf, wie sie mit den Auswirkungen der Pflege von Patienten und Patientinnen mit SVV umgehen: Achtsamkeit, Humor, strikte Trennung von Arbeit und Freizeit sowie die Unterstützung im Team (Beryl et al., 2018), Ironie (Wilstrand et al., 2007), Supervisionen oder Diskussionen (Beryl et al., 2018; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007) können den Umgang mit SVV erleichtern. Andere Teilnehmende wissen nicht, wie sie mit den Problemen der Betroffenen umgehen sollen (Wilstrand et al., 2007). Ihnen fehlt eine Problemlösungsstrategie.

Weiteren Betreuenden helfen positive Erlebnisse im Umgang mit SVV. Die Teilnehmenden aus der Studie von Thompson et al. (2008) gewinnen durch das gelöste Problem Selbstsicherheit und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Dies deckt sich mit der Entwicklung des Handhabbarkeitssinns: Diesen Teilnehmenden wird es durch die positive Erfahrung leichter fallen, negative Ereignisse zu bewältigen als anderen Teilnehmenden, denen eine erfolgreiche Problemlösungsstrategie fehlt.

Je grösser der Handhabbarkeitssinn eines Menschen ist, desto einfacher fällt es ihm, negative Lebensereignisse zu überstehen (Meier Magistretti et al., 2019).

5.4.3 Sinnhaftigkeit

Die Teilnehmenden der Studie von Beryl et al. (2018) empfinden Hoffnung, wenn sie Fortschritte bei ihren Patienten und Patientinnen miterleben. Dies helfe ihnen, Sinn in ihrer Arbeit zu sehen. Andere engagieren sich in der Betreuung und sind sich ihrer Möglichkeit, Betroffenen zu helfen, bewusst (Tofthagen et al., 2014; Wilstrand et al., 2007). Sie erkennen somit einen Sinn in ihrem Tun, was die Bedeutsamkeit stärkt (Meier Magistretti et al., 2019). Andere Teilnehmende empfinden die Betreuung von SVV-Betroffenen als hoffnungslos (Thompson et al., 2008).

5.4.4 Stressoren

Ausschlaggebend für die Bewegungen auf dem Kontinuum sind Stressoren, welche einen Spannungszustand erzeugen, der sich positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirkt und somit den Ort eines Individuums Richtung Gesundheit oder Krankheit verändern kann (Meier Magistretti et al., 2019). Es werden vor allem psychosoziale Stressoren wie die Angst vor tödlichen Verletzungen (Beryl et al., 2018; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007), das Erleben von SVV (Wilstrand et al., 2007), Manipulationen (Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007), Frustration durch Kontrolle und Zwang (Lundegaard Mattson & Binder, 2012; Wilstrand et al., 2007), unzureichender Teamzusammenhalt (Beryl et al., 2018; Wilstrand et al., 2007) und herausfordernde Beziehungsgestaltung (Beryl et al., 2018; Lundegaard Mattson & Binder, 2012; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Tofthagen et al., 2014; Wilstrand et al., 2007) genannt. Zeitdruck, Personalmangel (Thompson et al., 2008) sowie ein hektisches und kontrollierendes Arbeitsumfeld (Lundegaard Mattson & Binder, 2012) werden ebenfalls als negative Stressoren bewertet. Stressoren können jedoch auch positive Auswirkungen haben, wie das Empfinden von Empathie (Rouski et al., 2017) und Verständnis (Wilstrand et al., 2007) für die Betroffenen.

5.4.5 Generalisierte Widerstandsressourcen

Die Teilnehmenden äussern mangelnde materielle Ressourcen, wie das Fehlen von Finanzen oder zu wenig spezialisierte Stationen (Wilstrand et al., 2007), was negative Auswirkungen auf die Spannungszustände hat (Meier Magistretti et al., 2019). Dies macht sie anfälliger darauf, sich auf dem Kontinuum Richtung Krankheit zu bewegen (Meier Magistretti et al., 2019).

Viele Teilnehmende empfinden das Team als wichtige Gemeinschaft, wo eine urteilsfreie und sichere Atmosphäre herrscht (Thompson et al., 2008), was demnach zu den sozialen Ressourcen gezählt werden kann (Mittelmark et al., 2017; Nies, 2012).

Die Teilnehmenden besitzen zudem vielfältiges Wissen und Vorstellungen über SVV. So wird SVV als Bewältigungsstrategie beschrieben, um schmerzvolle emotionale Zustände zu regulieren und Spannungen zu lösen (Lundegaard Mattson & Binder, 2012; Thompson et al., 2008), jedoch auch als gewaltsame Handlung anderer Menschen gegenüber (Wilstrand et al., 2007). Weiter kann sich das Verhalten aus einer Art Erziehung entwickeln, in der Vernachlässigung oder Missbrauch präsent war (Lundegaard Mattson & Binder, 2012). Dies kann alles zu den kognitiven Ressourcen gezählt werden (Mittelmark et al., 2017; Nies, 2012).

Andere Teilnehmende äussern jedoch, dass sie sich bezüglich SVV unzureichend ausgebildet fühlen (Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007), was wiederum als Stressor angesehen werden kann.

Aus den Ergebnissen ist erkennbar, dass die Teilnehmenden im Allgemeinen einen starken Kohärenzsinn haben, indem sie verstehen, was SVV in ihnen auslöst und dessen Auswirkungen einordnen können. Weiter zählen sie eine Vielzahl von Strategien auf, die es ihnen ermöglichen, negative Erlebnisse zu bewältigen. Viele Teilnehmende sehen einen Sinn in ihrer Arbeit (Beryl et al., 2018), was die Komponente der Bedeutsamkeit stärkt, die sich wiederum auf die beiden restlichen Dimensionen überträgt (Meier Magistretti et al., 2019). Es ist bekannt, dass Menschen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl besser mit belastenden Situationen in der Arbeit umgehen können als Personen, mit einem weniger starken Kohärenzgefühl (Albertsen et al., 2001). Dies zeigt die Wichtigkeit eines starken Kohärenzgefühls auf, was viele der Teilnehmenden trotz einer Vielfalt von negativen Stressoren aufzeigen.

Weiter kamen Forschende zur Erkenntnis, dass ein starkes Kohärenzgefühl als Abwehrmechanismus gegen Stressoren dient und so Pflegefachpersonen spezifisch vor negativen psychischen Auswirkungen schützt (Malinauskienė et al., 2009). Eine Förderung des Kohärenzgefühls führt in Folge zu weniger Arbeitsausfällen (Holmberg & Thelin, 2010).

Hier kann Bezug genommen werden auf die Ergebnisse aus der Studie von Wilstrand et al. (2007), in der Teilnehmende äussern, dass die Arbeitssituation so kräftezerrend sein kann, dass sie sich krankschreiben lassen. Es liegt nahe, dass dies durch die Stärkung des Kohärenzgefühls und Verbesserung der Widerstandsressourcen vermindert werden könnte, was den Arbeitgebenden, wie auch den Arbeitnehmenden zugutekommen würde.

5.5 Beantwortung der Fragestellung

Diese Arbeit liefert wichtige Informationen über die Auswirkungen von SVV auf Pflegefachpersonen, zeigt auf, wie sie damit umgehen und wodurch sie unterstützt werden können. Die Fragestellungen „Wie wirkt sich selbstverletzendes Verhalten von Patientinnen und Patienten auf die Pflegefachperson im psychiatrischen Setting bezogen auf das Gefühlserleben, die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten und auf die Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams aus und welche Strategien werden für die Pflegefachperson im Umgang mit den oben genannten Auswirkungen in der Literatur beschrieben?“ können anhand der inkludierten Studien umfangreich beantwortet werden.

Es zeigt sich, dass SVV häufig Angst, Frustration und Hilflosigkeit bei den Betreuenden auslöst, jedoch wird auch Empathie, Hoffnung und Verständnis empfunden. Die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten wird als anspruchsvoll beschrieben. Grund dafür sind vor allem negative Gefühle von Betreuenden, wenn sie SVV von Patienten und Patientinnen erleben sowie ein schwieriges Nähe-Distanz-Verhältnis. Innerhalb des Teams kommt es häufig zu Konflikten aufgrund des unterschiedlichen Verständnisses von SVV.

Anhand dieser Arbeit wird klar, dass Pflegefachpersonen vor allem spezifisches Fachwissen bezüglich SVV und Besprechungen innerhalb des Teams brauchen, um mit SVV und dessen Auswirkungen gesundheitsförderlich umgehen zu können. Sie profitieren vor allem von Weiterbildungen, Supervisionen und Fallbesprechungen. Dies zeigt deutlich, dass auf institutioneller Ebene Handlungsbedarf besteht. Auf individueller Ebene können die negativen Auswirkungen durch eine tolerante Einstellung bezüglich SVV, aktive Kommunikation innerhalb des Teams und allgemein bekannte Bewältigungsstrategien wie Humor und Ironie vermindert werden.

5.6 Limitationen

Es wurden ausschliesslich englisch- und deutschsprachige Studien eingeschlossen, wodurch möglicherweise relevante anderssprachige Studien ausgeschlossen wurden. Darüber hinaus wurden zwei Studien eingeschlossen, in denen neben Pflegenden noch andere Professionsangehörige Teil der Stichprobe sind, was gegen die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien verstösst. Dies wurde aufgrund der geringen Anzahl von geeigneten Studien entschieden. Die inkludierten Studien stammen ausschliesslich aus Grossbritannien und Skandinavien. Aufgrund der Unterschiede in den Gesundheits- und Bildungswesen lassen sich die Ergebnisse nur bedingt auf die Schweiz übertragen. Jedoch sind die Studien alle aus europäischen Industriestaaten, wodurch ein Vergleich durchaus möglich ist. Des Weiteren weisen die Studien, wie in Kapitel 4 beschrieben, teilweise qualitative Mängel auf und alle befinden sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009). Zudem ist anzunehmen, dass die Interpretation der Ergebnisse von den Erfahrungen und Einstellungen der Autorinnen dieser Arbeit beeinflusst wurden, da das Thema aufgrund von persönlichen Interessen bearbeitet wurde und deshalb eine gewisse Erwartungshaltung seitens der Autorinnen bestand.

6 Theorie-Praxis-Transfer

In diesem Kapitel werden Empfehlungen für die Praxis in Anlehnung an das Salutogenese- Konzept dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf der Förderung der generalisierten Widerstandsressourcen und des Kohärenzgefühls. Die Empfehlungen basieren auf den Ergebnissen der inkludierten Studien.

6.1 Empfehlungen zur Förderung von generalisierten Widerstandsressourcen

Die generalisierten Widerstandsressourcen können Spannungszustände bewältigen und tragen dazu bei, die Gesundheit trotz zahlreicher Stressoren aufrechtzuerhalten und zu fördern (Meier Magistretti et al., 2019). Im Einzelnen wird auf die verschiedenen Ressourcen eingegangen.

Die Arbeitssituation der Teilnehmenden ist teilweise so kräftezerrend, dass sie sich krankschreiben lassen (Wilstrand et al., 2007). Zeitdruck und Personalmangel führt zu Überarbeitung (Thompson et al., 2008) und ein hektisches Arbeitsumfeld wird als Risiko für einen Erschöpfungszustand gesehen (Lundegaard Mattson & Binder, 2012). Um diesen Problemen entgegenzuwirken, müssen die physischen Widerstandsressourcen der Pflegenden gefördert werden. Zur Förderung der körperlichen Gesundheit der Arbeitenden, können die Institutionen beispielsweise Sportangebote ausbauen oder Fitnessabonnemente anbieten. Ebenfalls sollen die Pflegenden die Möglichkeit haben, den personalärztlichen Dienst zu konsultieren, damit die Sicherheit am Arbeitsplatz gewährleistet und die Gesundheit auch in akuten Fällen geschützt werden kann. Weiter soll darauf geachtet werden, dass die Arbeitnehmenden die Ruhezeiten einhalten und genug Personal eingeplant wird.

Die Teilnehmenden äusserten zudem einen Mangel an materiellen Ressourcen, wie das Fehlen von Finanzen (Wilstrand et al., 2007). Dies kann ebenfalls durch den Betrieb verbessert werden, indem finanzielle Möglichkeiten neu betrachtet und innerhalb der Institution zugunsten der Arbeitsbedingungen der Pflegenden investiert werden.

Weiter haben die Ergebnisse der Studien die Wichtigkeit eines sozialen Netzwerks bei der Arbeit aufgezeigt. Um diese sozialen Ressourcen zu stärken, soll das Gefühl von Gemeinschaft und Unterstützung im Team gefördert werden.

Supervisionen, Fallbesprechungen, gemeinsame Rapporte, Nachbesprechungen und Traditionen wie Teamanlässe sollen weiter gefördert beziehungsweise eingeführt und auch in hektischen Zeiten bewusst durchgeführt werden. Eine offene und freundliche Kommunikation und Umgangsweise soll gepflegt werden, um den Zusammenhalt in Teams zu stärken. Workshops zur Teambildung können ebenfalls hilfreich sein. Die strikte Trennung der Arbeit von anderen sozialen Netzwerken wie dem Familienleben oder dem Freundeskreis wird ebenfalls als mögliche Strategie angesehen (Beryl et al., 2018).

Emotionale Ressourcen beinhalten die Lebenseinstellung eines Menschen (Nies, 2012). Dies werde von jedem Einzelnen und seinen individuellen Erfahrungen geprägt. Gewisse Teilnehmende äussern beispielsweise, dass positive Erfahrungen ihr Selbstwertgefühl stärken (Thompson et al., 2008). Um das Selbstvertrauen der Betreuenden zu kräftigen, können Workshops zur Stärkung des Selbstwertgefühls und der Motivation angeboten werden. Weiter können Humor, Achtsamkeitsübungen (Beryl et al., 2018) oder Ironie (Wilstrand et al., 2007) helfen, mit emotional belastenden Situationen umzugehen. Das bewusste Distanzhalten in der Beziehung zu Betroffenen wird ebenfalls als Bewältigungsstrategie angesehen (Toftthagen et al., 2014).

Kognitive Ressourcen bilden sich aus der Intelligenz und dem Wissen einer Person (Nies, 2012). Viele Teilnehmende äussern den Wunsch nach konkreten Vorgehensweisen bezüglich des Umgangs mit SVV oder mehr Fachwissen (Beryl et al., 2018; Rouski et al., 2017; Thompson et al., 2008). Diesem Wunsch kann nachgegangen werden, indem Schulungen bezüglich SVV angeboten werden. Ebenfalls können Fachgruppen gebildet werden, die diese Schulungen durchführen und für die Ausarbeitung neuer Richtlinien und Weisungen zuständig sind. Eine fachlich kompetente Beratung durch Pflegeexperten und Expertinnen kann dazu führen, dass Ängste und Unsicherheiten der Pflegenden abgebaut werden. Ausserdem erleichtert es Pflegenden den Umgang mit SVV, wenn sie Betroffene hinter deren Erkrankung sehen und sie in ihrem Sein anerkennen (Toftthagen et al., 2014). Wenn SVV verstanden wird, fällt es Betreuenden leichter, die Patienten und Patientinnen zu akzeptieren (Beryl et al., 2018).

6.2 Empfehlungen zur Förderung des Kohärenzgefühls

Das Reflektieren von belastenden Situationen kann die Verstehbarkeit fördern (Rouski et al., 2017), indem erlebte Stressoren eingeordnet und verarbeitet werden. Zudem stärken Erlebnisse mit positivem Ausgang den Glauben an die eigenen Fähigkeiten (Thompson et al., 2008), was wiederum den Handhabbarkeitssinn fördert. Konkret fördern spezifische Aktionspläne das Gefühl von Wirksamkeit der eigenen Arbeit, indem sie aufzeigen, wie auf SVV reagiert werden kann (Lundegaard Mattson & Binder, 2012). Eine weitere Strategie zur Erhaltung der Handhabbarkeit ist das Abgrenzen der eigenen Gefühle, damit in akuten Situationen die Handlungsfähigkeit des Individuums gewährleistet ist (Wilstrand et al., 2007).

Die Sinnhaftigkeit, welche die wichtigste Komponente des Kohärenzgefühls darstellt, wird gefördert, indem Bedeutung im eigenen Tun gesehen wird (Meier Magistretti et al., 2019). Fortschritte von Patienten und Patientinnen mitzuerleben und an ihren Erfolgen teilzuhaben, führt dazu, dass Pflegende Sinn in ihrer Arbeit finden (Beryl et al., 2018).

7 Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird ersichtlich, dass Pflegefachpersonen im Umgang mit SVV viele Herausforderungen erleben. Es können folgende Punkte hervorgehoben werden, die das Erleben der Pflegenden in der Betreuung von Menschen mit SVV beeinflussen: Das Verständnis von SVV, der Mangel an Fachwissen, die daraus resultierende Unsicherheit, die Durchführung von Supervisionen und Weiterbildungen, das Teams als soziales Netz, institutionelle Faktoren wie mangelnde Finanzen, Zeitdruck, Personalmangel, ein hektisches Arbeitsumfeld und die Herausforderung der Beziehungsgestaltung zu SVV-Betroffenen.

Die Ergebnisse der inkludierten Studien zeigen vielfältige Strategien auf, wie Betreuende mit den Auswirkungen von SVV umgehen. Die Verfasserinnen dieser Arbeit erweitern in Anlehnung an das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky die vorhandenen Strategien, um die Ressourcen weiter zu fördern und auszubauen. Das soziale Netz soll gestärkt, der Wissenserwerb und die Wissensvermittlung zu SVV möglich gemacht, die körperliche Gesundheit gefördert, Personal mit Fachexpertise eingestellt und die Teambildung gefördert werden, um die Stressoren der Pflegenden im Umgang mit SVV zu reduzieren. Neben diesen Strategien empfiehlt es sich für jede Fachperson, ihre eigenen Ressourcen zu stärken, indem persönliche Bewältigungsstrategien aufrechterhalten und weiter gefördert werden.

Als Ausblick für weiterführende Forschung könnten die oben aufgeführten Strategien auf ihre Wirksamkeit in der Praxis geprüft werden. Weiter wäre eine spezifischere Forschung bezüglich der Einflussfaktoren auf das Verständnis von SVV sinnvoll. Zudem könnte eine Studie, welche die Sicht von SVV-Betroffenen auf ihre Beziehung zu den Pflegenden und das ihnen entgegengebrachte Verständnis beleuchtet, wichtige Ergebnisse für die Pflegeforschung liefern.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche machen deutlich, dass mehr Forschung bezüglich SVV und dessen Auswirkungen auf alle Beteiligten betrieben werden muss. Davon würden neben Pflegefachpersonen auch Betroffene profitieren.

Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937.
- Albertsen, K., Nielsen, M. L., & Borg, V. (2001). The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: The main, mediating and moderating role of sense of coherence. *Work & Stress*, 15(3), 241–253.
<https://doi.org/10.1080/02678370110066562>
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (P. Falkai, H.-U. Wittchen, M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß, & M. Zaudig, Hrsg.; 2. Aufl.). Hogrefe.
<https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Anderson, M. (1997). Nurses' attitudes towards suicidal behaviour – a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1283–1291.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251283.x>
- Beryl, R., Davies, J., & Völlm, B. (2018). Lived experience of working with female patients in a high-secure mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 82–91. <https://doi.org/10.1111/inm.12297>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* (Bd. 2). Basic Books.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609–620. <https://doi.org/10.1037/h0080369>
- Charman, S. (2013). Sharing a laugh: The role of humour in relationships between police officers and ambulance staff. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 33(3/4), 152–166. <https://doi.org/10.1108/01443331311308212>

- Conlon, M., & O'Tuathail, C. (2012). Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale. *International Emergency Nursing*, 20(1), 3–13.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2010.08.001>
- Davies, J. (2015). *Supervision for Forensic Practitioners*. UK.
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Dickinson, T., & Hurley, M. (2012). Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 147–158.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05745.x>
- Dickinson, T., Wright, K., & Harrison, J. (2009). The attitudes of nursing staff in secure environments to young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 947–951. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01510.x>
- Duperouzel, H., & Fish, R. (2007). Why couldn't I stop her? Self injury: The views of staff and clients in a medium secure unit. *British Journal of Learning Disabilities*, 36, 59–65. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2007.00486.x>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Favazza, A. R. (2011). *Bodies under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry* (3. Aufl.). Johns Hopkins University Press.

- Fish, R., & Reid, H. (2011). Working with self-harm: Accounts of two staff groups. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 2(4), 152–158.
<https://doi.org/10.1108/20420921111207837>
- Forbech Vinje, H. (2007). *Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses*. University of Bergen.
- Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M., & Mitchell, A. J. (2006). Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: Influence of previous training and experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 273–277.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.07.007>
- Hawton, K., Bergen, H., Casey, D., Simkin, S., Palmer, B., Cooper, J., Kapur, N., Horrocks, J., House, A., Lilley, R., Noble, R., & Owens, D. (2007). Self-harm in England: A tale of three cities: Multicentre study of self-harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 513–521.
<https://doi.org/10.1007/s00127-007-0199-7>
- Hemmings, A. (1999). Attitudes to deliberate self-harm among staff in an accident and emergency team. *Mental Health Care*, 2(9), 300–302.
- Herpertz, S. C. (1995). Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 57–68. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x>
- Herpertz, S. C. (2008). Suizidalität, selbstschädigendes und impulsives Verhalten bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 12(4), 248–256.
- Herpertz, S. C., & Saß, H. (1994). Offene Selbstbeschädigung. *Der Nervenarzt*, 65(5), 296–306.

- Holdsworth, N., Belshaw, D., & Murray, S. (2001). Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm: The provision and evaluation of a series of reflective workshops. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*(5), 449–458. <https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00434.x>
- Holmberg, S. A. C., & Thelin, A. G. (2010). Predictors of sick leave owing to neck or low back pain: A 12-year longitudinal cohort study in a rural male population. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 17*(2), 251–257.
- Karman, P., Kool, N., Gamel, C., & van Meijel, B. (2015). From Judgment to Understanding: Mental Health Nurses' Perceptions of Changed Professional Behaviors Following Positively Changed Attitudes Toward Self- Harm. *Archives of Psychiatric Nursing, 29*(6), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.017>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1501–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Law, G. U., Rostill-Brookes, H., & Goodman, D. (2009). Public stigma in health and non-healthcare students: Attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *International Journal of Nursing Studies, 46*(1), 108–119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.014>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications.
- Lundegaard Mattson, Å., & Binder, P.-E. (2012). A qualitative exploration of how health care workers in an inpatient setting in Norway experience working with patients who self-injure. *Nordic Psychology, 64*(4), 272–290. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.768034>

- Malinauskienė, V., Leišytė, P., & Malinauskas, R. (2009). Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina*, *45*(11), 910.
<https://doi.org/10.3390/medicina45110117>
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, *40*(5), 578–586.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x>
- Meier Magistretti, C., Lindström, B., & Eriksson, M. (Hrsg.). (2019). *Salutogenese kennen und verstehen*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85768-000>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Hrsg.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Myers, K. (2005). A burning desire: Assimilation into a fire department. *Management Communication Quarterly*, *18*(3), 344–384.
- Nies, C. S. (2012). Modell der Salutogenese. In S. Schewior- Popp, F. Sitzmann, & L. Ullrich (Hrsg.), *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung* (12. Auflage, S. 161–162). Georg Thieme.
- O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules: The intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *14*(1), 64–71.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01044.x>
- Pålsson, M. B., Hallberg, I. R., Norberg, A., & Björvell, H. (1996). Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *10*(1), 19–26.

- Pålsson, M. B., Hallberg, I. R., Norberg, A., & Isovaara, S. (1994). Systematic clinical supervision and its effects for nurses handling demanding care situations. Interviews with Swedish district nurses and hospital nurses in cancer care. *Cancer Nursing*, 17(5), 385–394.
- Patterson, P., Whittington, R., & Bogg, J. (2007). Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: The Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(5), 438–445.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01102.x>
- Pembroke, L. (1998). Only scratching the surface. *Nursing Times*, 94(27), 38–39.
- Petermann, F., & Nitkowski, D. (2015). *Selbstverletzendes Verhalten*. Hogrefe.
<https://doi.org/10.1026/02681-000>
- Reece, J. (2005). The language of cutting: Initial reflections on a study of the experiences of self-injury in a group of women and nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 561.
- Resch, F. (2001). Der Körper als Instrument zur Bewältigung seelischer Krisen: Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(36), 2226–2271.
- Ris, I., & Preusse- Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Rouski, C., Hodge, S., & Tatum, L. (2017). An exploration of the impact of self-harm in an inpatient adolescent setting on staff: A qualitative study. *Mental Health Nursing*, 37(2), 12–17.
- Sachsse, U. (2015). Selbst-Verletzung. In *Selbst-Verletzung Ätiologie, Psychologie und Behandlung von selbstverletzendem Verhalten* (1. Aufl., S. 20–45). Schattauer.

- Saunders, K. E. A., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *139*(3), 205–216.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>
- Schewior- Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (Hrsg.). (2012). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung* (12. Aufl.). Georg Thieme.
- Schmahl, C., & Stiglmayr, C. (Hrsg.). (2009). *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen*. Kohlhammer.
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Ystgaard, M., Arensman, E., De Leo, D., Fekete, S., & van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or a cry for help?: Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(8), 601–607.
<https://doi.org/10.1007/s00127-008-0469-z>
- Solomon, Y., & Farrand, J. (1996). „Why don't you do it properly?“ Young women who self-injure. *Journal of Adolescence*, *19*(2), 111–119.
<https://doi.org/10.1006/jado.1996.0011>
- Steiner, B., & Köhnlein, F. (2010). Immer mehr Kinder und Jugendliche verletzen sich selber: Wenns aussen schmerzt, tuts innen nicht mehr so weh. *Curaviva*, *81*(10), 10–13. <https://doi.org/10.5169/seals-805532>
- Tameling, A., & Sachsse, U. (1996). Symptom complex, prevalence of trauma and body image of psychiatric patients with self-injury behavior. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *46*(2), 61–67.
- Thompson, A. R., Powis, J., & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm.

International Journal of Mental Health Nursing, 17(3), 153–161.

<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00533.x>

Timson, D., Priest, H., & Clark-Carter, D. (2012). Adolescents who self-harm: Professional staff knowledge, attitudes and training needs. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1307–1314.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.05.001>

Toftagen, R., Talseth, A.-G., & Fagerström, L. (2014). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Patients Suffering from Self-Harm. *Nursing Research and Practice*, 2014, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2014/905741>

Torgersen, S. (2012). Epidemiology. In T. A. Widiger (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (S. 185–205). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0009>

Tracy, S. J., Myers, K. K., & Scott, C. W. (2006). Cracking Jokes and Crafting Selves: Sensemaking and Identity Management Among Human Service Workers. *Communication Monographs*, 73(3), 283–308.

<https://doi.org/10.1080/03637750600889500>

Vinje, H. F., & Mittelmark, M. B. (2006). Deflecting the Path to Burn-out among Community Health Nurses: How the Effective Practice of Self-Tuning Renews Job Engagement. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(4), 36–47. <https://doi.org/10.1080/14623730.2006.9721750>

Wheatley, M., & Austin-Payne, H. (2009). Nursing Staff Knowledge and Attitudes Towards Deliberate Self-Harm in Adults and Adolescents in an Inpatient Setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 293–309.

<https://doi.org/10.1017/S1352465809005268>

Wilstrand, C., Lindgren, B. M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: A qualitative study of nurses' experiences caring for

patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x>

Young, M. (1995). Black humour: Making light of death. *Policing and Society*, 5(2), 151–167.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 177–184. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01155.x>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Gesundheitskontinuum nach Antonovsky in Anlehnung an Schewior-Popp et al. (2012, S. 162).....	5
Abbildung 2 Salutogenesmodell nach Antonovsky in Anlehnung an Schewior-Popp et al. (2012, S. 163)	7
Abbildung 3 Graphische Darstellung Suchprozess.....	12

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Keywords, MeSH- Terms und Subjectheadings.....	9
Tabelle 2 Beispiel der Verwendung der Booleschen Operatoren	10
Tabelle 3 Ein- und Ausschlusskriterien.....	11
Tabelle 4 Übersicht der inkludierten Studien	15
Tabelle 5 Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985).....	20
Tabelle 6 Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985).....	23
Tabelle 7 Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985).....	26
Tabelle 8 Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985).....	29
Tabelle 9 Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985).....	31
Tabelle 10 Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985).....	34

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei Frau Heidi Sommer für ihre Unterstützung, ihre Kompetenz und ihr Engagement bedanken, das sie uns während der gesamten Begleitung der Arbeit entgegenbrachte. Weiter gebührt der Dank denjenigen, die uns während des Schreibprozesses immerzu unterstützt und motiviert haben.

Wortzahl

Abstract: 195

Bachelorarbeit: 11968

Eigenständigkeitserklärung

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



Corina Rota



Sara Stamm

Anhang A: Suchprotokoll

Suchprotokoll der Literaturrecherche

Datenbank und Datum	Suchsynthax	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Studien ausgewählt	Bemerkungen
CINAHL 07.07.19	(MH "Injuries, Self-Inflicted/NU") OR (MH "Self-Injurious Behavior/NU") AND experiences or perceptions or views or feelings	92	20	Wilstrand, C., Lindgren, B. M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: A qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 14(1). https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x Thompson, A. R., Powis, J., & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 17(3), 153–161.	Viele Studien nicht pflegerelevant, einige über Menschen mit Lernschwäche, viele über Einstellung der Betreuenden, viele Notfall-Setting

CINAHL 07.07.19	(MH "Injuries, Self-Inflicted/NU") OR (MH "Self-Injurious Behavior/NU") AND nurs* AND experiences or perceptions or views or feelings	21	6	0	Viele Studien über Notfallstationen teilweise kein EMED Format sondern nur Artikel, viele bereits in der ersten Suche gesehen
CINAHL 07.07.19	(MH "Injuries, Self-Inflicted/NU") OR (MH "Self-Injurious Behavior/NU") AND nurs* AND experiences or perceptions or views or feelings NOT emergency	17	6	0	Keine neuen Treffer
CINAHL 13.07.19	(MH "Psychiatric Units/PF") OR (MH "Psychiatric Service") AND (MH "Self-Injurious Behavior/NU") OR (MH "Injuries, Self-Inflicted/NU")	3	0		Zu spezifisch
CINAHL 13.07.19	(MH "Nurses/PF") AND (MH "Injuries, Self-Inflicted") OR (MH	3	0		Zu spezifisch, daher weiter suchen mit

	"Self-Injurious Behavior")				Keywords anstatt Subject Headings	
CINAHL 09.08.19	self harm or self injury or deliberate self harm or self mutilation or self injurious behaviour AND nurs* experience or feeling or perception or view	779	10		Rouski, C., Hodge, S., & Tatum, L. (2017). An exploration of the impact of self-harm in an inpatient adolescent setting on staff: A qualitative study. <i>Mental Health Nursing</i> , 37(2), 12–17.	Sehr viele Treffer, viele nicht in der Psychiatrie, viele auf Notfall, nicht alle Titel gelesen
CINAHL 09.08.19	self harm or self injury or deliberate self harm or self mutilation or self injurious behavior AND nurs* AND experience or feeling or perception NOT emergency	197	6	0		Die meisten aus der Sicht der Pat. oder Interventionen, viele nicht in Psychiatrie
CINAHL 09.08.19	(self harm or self injury or deliberate self harm or self mutilation or self injurious behaviour) AND (psychiatric nursing or mental health nursing) AND (experiences or perceptions or views or feelings) NOT emergency	91	0	0		viele Studien über Interventionen für Pat. oder Gründe für SVV

CINAHL 16.08.19	nurses experience AND (self harm or self injury or deliberate self harm or self mutilation or self injurious behaviour) NOT emergency	23	4	Beryl, R., Davies, J., & Völlm, B. (2018). Lived experience of working with female patients in a high-secure mental health setting. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 27(1), 82–91. https://doi.org/10.1111/inm.12297	einige Studien über Einstellungen oder Sicht der Pat. oder mit minderjährigen Pat. zwei Studien bereits vorher ausgewählt
Medline 16.08.19	Self-harm AND (psychiatric nurs* or mental health nurs*) AND (experience*).af.	65	30	Tofthagen, R., Talseth, A.-G., & Fagerström, L. (2014). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Patients Suffering from Self-Harm. <i>Nursing Research and Practice</i> , 2014, 1–10. https://doi.org/10.1155/2014/905741	Häufig aus Pat. Sicht, SVV nicht im Vordergrund
Medline 16.08.19	(Self-Injurious Behavior and Psychiatric nursing and (experiences or perceptions or views or feelings)).af.	32	5	0	Häufig aus Sicht der Pat.
Medline 16.08.19	((Self-injurious behaviour or self-harm) and health personnel and (experiences or	61	30	0	Häufig nicht in Psychiatrie oder nur Gründe für SVV oder nur Behandlungsansätze

	perceptions or views or feelings)).af.					
PsycInfo 16.08.19	((self-harm or self injurious behaviour) and (psychiatric nursing or mental health nursing) and (experiences or perceptions or views or feelings)).af.	1320	30	0		Zu unspezifische Suche, sehr viele Ergebnisse
PsycInfo 16.08.19	(Self-Injurious Behavior and nurs* and (experiences or perceptions or views or feelings)).af.	981	30	0		Die meisten nicht in der Psychiatrie, viele über Lernbehinderungen
PsycInfo 12.10.19	(Self-Injurious Behavior and Psychiatric Hospitals).af.	109	20		Lundegaard Mattson, Å., & Binder, P.-E. (2012). A qualitative exploration of how health care workers in an inpatient setting in Norway experience working with patients who self-injure. <i>Nordic Psychology</i> , 64(4), 272–290. https://doi.org/10.1080/19012276.2012.768034	Viele über Gründe von SVV, viele über die Sicht der Pat. oder über Kosten im Gesundheitswesen

PsycInfo 12.10.19	(Self-Injurious Behavior and mental health personnel).af.	55	5	0	Viele über Schulen, wenige aus Sicht der Pflegefachpersonen, einige über Behandlungen
PsycInfo 12.10.19	(Self-Injurious Behavior and mental health personnel and (experiences or perceptions or views or feelings)).af.	25	3	0	Immer noch viele über Schulen
PsycInfo 12.10.19	(Self-Injurious Behavior and Psychiatric Hospitals and Health Personnel and experiences or perceptions or views or feelings).af.	5	1	0	Studie bereits in vorheriger Suche gefunden, andere über Einstellung der Betreuenden oder Gründe für SVV

Anhang B: AICA'S

Zusammenfassung der Studie: Lundegaard Mattson, Å., & Binder, P.-E. (2012). A qualitative exploration of how health care workers in an inpatient setting in Norway experience working with patients who self-injure. *Nordic Psychology*, 64(4), 272–290. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.768034>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Wie denken, fühlen und handeln Gesundheitsfachpersonen, wenn sie mit Patientinnen und Patienten konfrontiert werden, die sich selbst verletzen?</p> <p>Phänomen: SVV ist in Europa ein weit verbreitetes Problem. Es gibt Studien zu zahlreichen Themen wie mögliche Therapien bei SVV und deren Nutzen, die Einstellung von Personen mit SVV gegenüber Gesundheitsinstitutionen, Gründe für SVV, die Korrelation von SVV mit anderen Krankheiten wie Dissoziation oder Depression und das Risiko für Suizid sowie Erfahrungen von Fachpersonen bezüglich SVV.</p> <p>Ziel und Zweck Diese Studie ergänzt und erweitert die derzeitige Forschung, indem sie einen detaillierten Bericht darüber gibt, welche Art der Selbstverletzung erlebt wird und mehr brauchbare</p>	<p>Design: phänomenologischer, hermeneutischer Ansatz</p> <p>Stichprobe: Acht Gesundheitsfachpersonen: drei Pflegefachleute, zwei Practical Nurses, zwei Fachpersonen aus dem Bereich Sozialpädagogik und eine Person aus der klinischen Psychologie. Davon sind 5 Männer, 3 Frauen.</p> <p>Alle arbeiten auf der gleichen Station für Betroffene mit affektiven Störungen in einer Psychiatrie in Norwegen. Diese Station wurde gewählt, weil viele dort hospitalisierte Patienten sich selbst verletzen und die Mitarbeitenden deshalb viel Erfahrung damit haben. Die Zahl der Selbstverletzungen hat sich jedoch beim Start der Durchführung der Studie verkleinert, weshalb in den Interviews auf frühere Ereignisse fokussiert wurde, sowie auf die Veränderungen der Teilnehmenden in ihrer Arbeit mit Selbstverletzung „damals“ und „heute“. Teilgenommen hat, wer sich freiwillig gemeldet hat.</p> <p>Datenerhebung semi-strukturierte Interviews, Dauer ca. 45 Minuten. Die Interviews wurden aufgezeichnet. Es wurde den Richtlinien von Kvale & Brinkmann (2008) gefolgt und daher möglichst offene Fragen gestellt.</p>	<p>Die Analyse zeigt die Entwicklung der Arbeitssituation der Teilnehmenden von „damals“ und „heute“ und ergab vier Themen.</p> <p>Damals: Frustration besteht / Anwendung von Zwang Viele Patienten und Patientinnen litten an einer „emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“. SVV kam häufig vor. Zwangsmassnahmen wie Isolation, Zwangsmedikation oder andere Einschränkungen gehörten zu den Hauptmassnahmen, um mit SVV umzugehen. Die Gesundheitsfachleute versuchten, SVV zu kontrollieren, wodurch eine kooperative therapeutische Zusammenarbeit nicht möglich war. Viele Teilnehmende haben negative Erinnerungen an diese Zeit. Sie arbeiteten in einem hektischen und kontrollierten Umfeld, was für Betroffene und Mitarbeitende anstrengend war und nicht die gewünschten Resultate brachte.</p> <p>Die Veränderung: von Zwang zur therapeutischen Allianz Strukturelle Veränderungen: Nur noch eine limitierte Anzahl Erkrankte mit der Diagnose emotional instabilen Persönlichkeitsstörung wurde auf der Station aufgenommen. Es wurde für das Fachpersonal einfacher, mit Betroffenen zu arbeiten, die nur affektive Störungen hatten und SVV kam seltener und in einem geringeren Ausmass vor.</p> <p>Management: Management setzte sich aktiv für die Reduzierung von Zwangsmassnahmen ein und unterstützte verbale Problemlösungsstrategien. Es wurde eine Strategie, die auf einer Allianz zwischen Gesundheitsfachleuten und Erkrankten basierte, eingeführt.</p> <p>Veränderung in der Einstellung der Mitarbeitenden: Entwicklung einer grösseren Toleranz bezüglich SVV und weniger frühzeitiges Eingreifen in die Situation. Teilnehmende fühlten sich emotional weniger involviert, wenn sie SVV erlebten.</p> <p>Autonomie: Kooperation mit Betroffenen bzgl. Behandlungsoptionen führte zu mehr Eigenverantwortung und Autonomie bei Patientinnen und Patienten.</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen, wie die Veränderung des Behandlungsansatzes die subjektive Arbeitserfahrung positiv beeinflusst hat. Zwang wurde früher angewendet aufgrund der Annahme, dass dadurch Erfolge in der Behandlung erzielt werden. Jedoch zeigen die Ergebnisse dieser Studie wie auch bereits vorhandene Forschung, dass Anwendung von Zwang negative Auswirkungen auf die Autonomie der Betroffenen hat. Dies führt zu verschiedenen negativen Auswirkungen auf die Therapie. Dies bedeutet, dass Autonomie ein wichtiger Faktor einer erfolgreichen Therapie darstellt. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass eine grössere Toleranz von SVV den Teilnehmenden eine bessere Arbeitsumgebung und eine bessere subjektive Erfahrung ihrer Arbeit ermöglichte.</p> <p>Grundsätzlich zeigt die Studie, dass die Teilnehmenden ihren jetzigen Behandlungsansatz basierend auf der therapeutischen Allianz mit den Patienten und Patientinnen effizienter einschätzen als den alten Ansatz, bei dem viel Zwang ausgeübt wurde. Sie gaben an, mit dem neuen Ansatz SVV besser handhaben zu können. Es braucht jedoch eine weitere quantitative Studie, um dies eindeutig beweisen zu können. Die Studie zeigt, dass es Empathie in Gesundheitsfachleuten auslöst, wenn SVV als ein Weg der</p>

<p>Wege fördert, wie mit dem Phänomen gearbeitet werden kann.</p>	<p>Anschliessend wurden die Interviews transkribiert.</p> <p>Datenanalyse Der interpretative phänomenologische Ansatz von Smith & Osborn, 2008 wurde kombiniert mit der Methode der systemischen Textkondensation von Malterud (1993). Es wurden die folgenden vier Schritte angewendet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anhören aller Interviews für einen Überblick 2. Runterbrechen der Interviews in kleinere Datenpakete, Formen von zusammenfassenden Oberbegriffen, welche die Essenz der Erlebnisse der Interviewten bündelt 3. Erstellung von Querverweisen mit den anderen Interviews und Zusammenfassen der Oberbegriffe der verschiedenen Interviews zu einigen relevanten, die von vielen genannt wurden 4. Prüfung mit den originalen Daten <p>Ethik Es wurde eine Genehmigung einer Ethik Kommission eingeholt. Diese entschied, dass die Studie ohne Kontrolle durchgeführt werden darf. Von den Teilnehmenden wurde eine mündliche und schriftliche Einwilligung eingeholt. Die Teilnahme war freiwillig und die Daten wurden vertraulich behandelt.</p>	<p>Veränderung einer kontrollierenden Umgebung zu einer Umgebung, wo Betroffene durch Bestärkung, Allianz und Autonomie mehr Kontrolle über die Behandlung haben.</p> <p>Heute: Die Erfahrungen von nützlichen Wegen im Umgang mit SVV Beinhaltet folgende drei Subthemen: <u>Grundverständnis des Problems:</u> Selbstverletzung als Weg, mit schmerzhaften, emotionalen Zuständen umzugehen und ein Ausdruck des Wunsches nach Aufmerksamkeit und Pflege oder als Ergebnis einer Erziehung, in der Vernachlässigung oder Missbrauch präsent war, wodurch Betroffene nicht genug Aufmerksamkeit und Fürsorge erhielten. Weg, um mit innerem Schmerz umzugehen oder zur Regulation von Emotionen. Aufmerksamkeit von Fachpersonal bei Betroffenen, die durch SVV mehr Beachtung erreichen wollen, ist kontraproduktiv, da dies zur Verstärkung von SVV führen könne. Ignorieren von SVV habe aber ebenfalls negative Auswirkungen. <u>Der Nutzen von kleinen Schritten zur Genesung:</u> Teilnehmende sehen eine Reduktion der Häufigkeit von SVV sowie der Grad der Verletzungen als erreichbares Ziel. SVV vollständig zu stoppen erscheint den Teilnehmenden unrealistisch. Grund für diese Erwartungen ist, dass bei SVV ähnlich wie beim Drogenmissbrauch eine Toleranz entstehe, weshalb sich Betroffene immer tiefer oder häufiger verletzen. Ein anderer Grund ist, dass die Erkrankten auf nur zwischen einer Woche und einigen Monaten auf der Station hospitalisiert sind. Ein Verhalten, das über Jahre hinweg antrainiert wird, kann nicht in so kurzer Zeit abtrainiert werden. Als dritter Grund wird genannt, dass viele Patienten und Patientinnen nicht freiwillig in Behandlung sind und es deshalb schwer ist, eine therapeutische Allianz aufzubauen. <u>Nutzen einer empathischen Haltung:</u> Teilnehmende äussern Wichtigkeit, empathisch auf SVV zu reagieren, Vorwürfe sind kontraproduktiv. Gleichzeitig ist Einhalten der professionellen Distanz notwendig. Wenn die Situation vorbei ist, der Patient sich beruhigt hat und die Wunde versorgt ist, sollte mit Betroffenen über das Geschehene gesprochen werden mit dem Ziel, dass eine andere Strategie anstelle SVV genutzt werden kann.</p>	<p>Gefühlsregulation und Ausdruck inneren Schmerzes gesehen wird, wodurch weniger Zwang in der Therapie angewendet wird. Wird SVV als Hilfeschierei und nicht als Versuch der Manipulation gesehen, fällt es den Helfenden einfacher, empathisch zu reagieren. Das Verständnis von SVV kann den Gesundheitsfachleuten helfen, das Phänomen zu verstehen und es dadurch zu weniger negativen Gefühlen wie Frustration und zu einem besseren Therapieergebnis kommen kann. Das Befolgen von klaren Abläufen bei Konfrontation mit SVV hat einen positiven Effekt auf Teilnehmende.</p> <p>Limitationen Die Ergebnisse sind beeinflusst durch die Einstellung der Forschenden bezüglich SVV. Es wurde bei den Interviews jedoch darauf geachtet, offene Fragen zu stellen, um die Teilnehmenden nicht zu beeinflussen. Eine grosse Sorge war, dass die Teilnehmenden nur Antworten gaben, die ihrer Ansicht nach politisch korrekt und sozial akzeptiert sind, anstatt ihre realen Gefühle bezüglich ihrer Erlebnisse zu äussern. Da die Teilnehmenden jedoch auch negative Gefühle und Handlungen beschrieben, wird dies als sehr unwahrscheinlich angesehen. Eine weitere Limitation ist, dass die Studie nur die Sicht der Gesundheitsfachleute zeigt, nicht die Sicht der Patienten und Patientinnen, daher können keine eindeutigen Rückschlüsse auf deren Erlebnisse gemacht werden.</p>
---	---	--	--

		<p>4. Schmalere Grat zwischen Leben und Tod: Suizidversuch oder Selbstverletzung?</p> <p>Es ist wichtig zwischen SVV ohne suizidale Absicht und SVV mit suizidaler Absicht zu unterscheiden, da diese unterschiedliche Behandlungen verlangen. Bei suizidalen Absichten muss versucht werden, Betroffene davon abzuhalten, auch mit Anwendung von Zwang. Zwangsanwendung bei SVV ohne suizidale Absicht führt zu negativen Folgen im Therapieverlauf. Unterscheidung wird als schwierig beschrieben. Meist basiert Entscheidung auf der Intuition von Fachpersonal.</p>	<p>Schlussfolgerung</p> <p>Die Studie zeigt, dass der Ansatz basierend auf der therapeutischen Allianz viele Vorteile in der Therapie aus der Sicht der Gesundheitsfachpersonen bringen kann. Es benötigt mehr Forschung darüber, wie Gesundheitsfachleute SVV basierend auf der Diagnose der Betroffenen wahrnehmen und daher evtl. unterschiedlich behandeln, um die Therapie für alle Patientengruppen effizienter gestalten zu können.</p>
--	--	--	---

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Einführung in die Thematik und Begründung des Forschungsbedarfs anhand umfangreicher und logischer Literaturrecherche inklusive Prävalenzangaben des Phänomens. Die Forschungsfrage ist klar definiert. Es wird kein Ziel beschrieben. Die Studie verspricht einmalige Einblicke in eine sich zum besseren veränderte Arbeitssituation.</p>	<p>Design Das phänomenologisch hermeneutische Design passt zur Forschungsfrage. Dieses wird jedoch ungewöhnlicher Weise erst in der Analyse erwähnt.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobenziehung wird nicht genau beschrieben, die Grösse von acht Personen passt zum Design. Die Teilnehmenden sind bezüglich des Berufs und des Geschlechts beschrieben. Die Stichprobe ist diesbezüglich heterogen. Weitere Details wie Alter oder Arbeitserfahrung werden jedoch nicht erwähnt. Die Auswahl der Station für die Rekrutierung und die Durchführung der Interviews ist nachvollziehbar begründet und die Station ist detailliert beschrieben bezüglich des Schwerpunktes und der hospitalisierten Patientengruppe. Es wird deutlich, dass die Teilnehmenden häufig mit SVV konfrontiert werden. Da die Stichprobe klein ist und alle Teilnehmenden auf der gleichen Station arbeiten, können die Ergebnisse nicht generalisiert werden.</p> <p>Datenerhebung Es wurden semistrukturierte Interviews durchgeführt, was zum Design passt. Die Ausgangsfrage sowie weiterführende Fragen sind genau beschrieben und wurden in allen Interviews angewendet. Um die Teilnehmenden nicht zu beeinflussen, wurden möglichst offene Fragen gestellt nach den Ratschlägen von Kvale und Brinkmann (2008).</p> <p>Datenanalyse Anwendung einer interpretativen phänomenologischen Analyse kombiniert mit einer Methode für die systemische Textkondensation mit Referenzangabe. Detaillierte und nachvollziehbare Beschreibung der Analyse Schritt für Schritt und mit einem Beispiel veranschaulicht. Die Analyse wurde von der ersten Autorin alleine durchgeführt. Zur Überprüfung der Daten wurden die Analyseergebnisse von beiden Forschenden mit den originalen Aufnahmen verglichen, was die Glaubwürdigkeit erhöht.</p> <p>Ethik Genehmigung durch eine Ethik Kommission. Freiwilligkeit und vertraulicher Umgang mit den Daten sind gewährleistet.</p>	<p>Sehr umfangreiche und detailliert beschriebene Ergebnisse, die aufgrund einer präzisen Analyse entstanden sind. Die Einteilung der Ergebnisse in Unterthemen ist sinnvoll und logisch. Die Gefühle, Gedanken und Handlungen der Teilnehmenden in Bezug auf SVV sind reichhaltig dargestellt und anhand von Interviewzitate verdeutlicht. Der neue Ansatz, der auf der Station ausprobiert wurde, bei dem sich der Umgang mit SVV verändert hat und die damit verbundene Arbeitssituation werden aus verschiedenen Blickwinkeln detailliert beschrieben. Die Gefahr besteht, dass die Teilnehmenden gewisse Erlebnisse falsch wiedergeben, da sie häufig retrospektiv erzählen.</p>	<p>Sehr umfangreiche Diskussion der Ergebnisse mit der vorhandenen Literatur. Die Studie zeigt, wie sich der Umgang mit SVV aufgrund eines neuen Ansatzes verändert, wodurch sich die individuelle Arbeitssituation der Teilnehmenden verbessert hat. Es werden praxisnahe Möglichkeiten beschrieben, wie besser mit SVV umgegangen werden kann und Veränderungsvorschläge auf verschiedenen Ebenen beschrieben. Die Bedeutung für die Pflege wird nicht speziell diskutiert, jedoch wird deutlich, dass die Ergebnisse für alle involvierten Gesundheitsfachleute relevant sind. Auch Limitationen und Probleme werden reflektiert. Beispielsweise, dass die individuellen Sichtweisen der Forschenden die Interpretation beeinflussen. Die Forschenden haben sich auch Gedanken darüber gemacht, ob die Teilnehmenden ihre wirkliche Meinung äusserten oder nur, was ihrer Ansicht nach sozial akzeptiert ist. Dies zeigt, dass sich die Forschenden intensiv mit den Ergebnissen und deren Bedeutungen auseinandergesetzt haben.</p>

Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985):

- Glaubwürdigkeit:** Zur Überprüfung der Daten werden die Analyseergebnisse von beiden Forschenden mit den originalen Aufnahmen verglichen. Es wird jedoch kein Peer-Debriefing durchgeführt.
- Übertragbarkeit:** Die Teilnehmenden, das Setting und die Interviews sind ausreichend beschrieben, wodurch ein Vergleich mit anderen Situationen und eine Wiederholung der Studie möglich sind. Darüber hinaus werden passende Zitate angewendet. Jedoch ist die Stichprobe klein, wodurch die Generalisierbarkeit eingeschränkt ist.
- Bestätigbarkeit:** Sehr umfangreiche Diskussion der Ergebnisse mit vorhandener Literatur und Selbstreflexion bezüglich der Limitationen.
- Zuverlässigkeit:** Die Analyse wird anhand einer anerkannten Methode durchgeführt, ist detailliert und nachvollziehbar beschrieben sowie mit einem Beispiel veranschaulicht. Darüber hinaus sind die Ergebnisse ausführlich und logisch kategorisiert.

Einschätzung Evidenzlevel

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009)

Zusammenfassung der Studie: Rouski, C., Hodge, S., & Tatum, L. (2017). An exploration of the impact of self-harm in an inpatient adolescent setting on staff: A qualitative study. *Mental Health Nursing*, 37(2), 12–17.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsziel: Die Studie will herausfinden, wie Fachpersonen die Arbeit mit Jugendlichen erleben, die sich selbst verletzen. Die Studie will zusätzlich den Effekt von SVV auf Fachpersonal verstehen, deren selbst wahrgenommenen Kompetenz bezüglich SVV sowie ihren Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten untersuchen.</p> <p>Problembeschreibung: Es gibt wenig Studien über das Erleben von Fachpersonal, das in der Psychiatrie mit selbstverletzendem Verhalten konfrontiert wird. Die Betreuung von Menschen mit SVV kann eine starke emotionale Belastung sein für das Fachpersonal. Dies hat einen Einfluss darauf, wie das Personal mit Patienten und Patientinnen, die von SVV betroffen sind, umgehen.</p>	<p>Ansatz/ Design: Die Datensammlung erfolgt mit semistrukturierten Interviews</p> <p>Setting: Station des psychiatrischen Dienstes für Kinder und Erwachsene (CAMHS) in England. Pat. sind zwischen vierzehn und achtzehn Jahre alt und sind in Behandlung wegen psychologischem Stress und SVV. Der Dienst bietet psychologische und psychiatrische Interventionen im multidisziplinären Team an.</p> <p>Stichprobe: Pflegefachpersonen und unterstützende Fachpersonen werden zur Studie zugelassen, wenn sie direkt mit Betroffenen von SVV arbeiten. Die Stichprobe besteht aus insgesamt fünf Fachpersonen: zwei Pflegefachpersonen, zwei Gesundheitsassistenten und eine Lehrperson. Davon sind drei weiblich und zwei männlich.</p> <p>Analyseverfahren: semistrukturierte Interviews wurden von der ersten forschenden Person in einem Raum ausserhalb der Station geführt. Die Interviews wurden verbatim transkribiert und Pseudonyme erstellt. Thematische Analyse nach Braun & Clarke (2006) von erster forschender Person durchgeführt, die zweite forschende Person kontrolliert die gewählten Themen.</p> <p>Ethik: genehmigt von Lancaster University Research Ethik Komitee</p>	<p>Ergebnisse der qual. Analyse: sechs Kategorien mit Zitaten dargestellt: <u>Der Weg der Anpassung:</u> Sorge, Schock, Angst, wenn Teilnehmende mit SVV konfrontiert werden, dann entsteht eine Art von Desensibilisierung, man entwickle eine dicke Haut <u>Persönliche Auswirkungen: sich verantwortlich fühlen:</u> möchten Pat. schützen, fühlen sich aber machtlos, Gefühle von Versagen, Frustration, Ärger, Empathie, Traurigkeit. Teilnehmende haben eine elternähnliche Rolle, zeigen keine eigenen Emotionen, damit dies die Betroffenen nicht zusätzlich belastet. Schwierigkeit, Grenzen zwischen Privatleben und Arbeitsalltag zu ziehen <u>Natur von SVV:</u> je lebensgefährlicher SVV ist, umso schwieriger ist es, damit umzugehen. Es kann selten auf Ursache von SVV eingegangen werden. Dies führe zu einer Burnoutgefahr im Team, restliche Pat. werden zudem oft vernachlässigt, da Betroffene von SVV viel Unterstützung benötigen. Ligatur werde oft als Pakt von Pat. genutzt, dies macht den Teilnehmenden Angst und sind darüber frustriert, da Pat. ohne SVV dies nachmachen könnten. <u>Die Herausforderung des Verstehens:</u> möchten Vorgehensweisen kennenlernen sowie mehr Training und Wissen bezüglich SVV. Es wird versucht, SVV empathisch zu begegnen, dies ist jedoch schwierig <u>Unterstützung im Team:</u> Kommunikation und Unterstützungsangebote seien wichtig. Supervisionen und die Diskussion im Team wird geschätzt, möchten individuelle Unterstützung und Zeit für Reflektion=>mehr persönlicher Support, möchten Zeit nach dem Arbeiten haben als Team, um SVV zu diskutieren. <u>Risikomanagement: ist Sicherheit und Klarheit gewährleistet?</u> graue Zonen bei Vorgehensweisen, Frustration, da SVV nicht gestoppt werden kann, Wunsch nach konkreten Vorgehensweisen, ständige Wechsel von Vorgehensweisen frustriert das Team</p>	<p>Frühere Studien bestätigen das Gefühl von Versagen bei Personal, wenn SVV bei den Betroffenen anhält. Ligatur ist traumatischer als andere SVV- Arten für Personal, gemäss anderen Studien ist dies die zweithäufigste Methode nach Schneiden.</p> <p>Teilnehmende möchten ein besseres Verständnis für SVV, es braucht mehr Training und emotionale Erlebnisse von Personal sowie die Perspektive von Patienten und Patientinnen müssen in Lernprozess miteinbezogen werden. Unterstützung kann Personal helfen, Selbstvertrauen zu stärken, Supervisionen sollten angewendet werden bspw. von Boweles & Young (1999). Eine Non-blaming Kultur soll eingeführt werden, Personal soll fähig sein, Grenzen zwischen Zuhause und Beruf zu ziehen, brauchen dabei aber Unterstützung.</p> <p>Limitationen: Die Stichprobe beinhaltete nur fünf Teilnehmende eines Teams auf einer Station. Es braucht mehr Resultate mit grösserer Stichprobe in Grossbritannien. Ligatur ist nicht gut erforscht und benötigt daher dringend mehr Ergebnisse.</p>

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen klar beschrieben und mit Literatur unterstützt, Ziel explizit dargestellt. Thema wird mit vorhandener Literatur eingeführt. Untersuchtes Thema ist pflegerelevant. Keine Forschungsfrage beschrieben.</p>	<p>Design: semistrukturierte Interviews sind geeignet für Forschungsziel, keine Auflistung der Interviewfragen.</p> <p>Stichprobe und Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nur insgesamt zwei Pflegefachpersonen, restliche drei Teilnehmende haben pädagogische Berufe oder sind Gesundheitsassistenten=> keine homogene Gruppe, eher wenig vertiefte Analyse, bringen jedoch andere Ansichten mit ein • Teilnehmende sind dafür geeignet, um Daten für Forschung bereitzustellen • Vorgehen bei Rekrutierung nicht beschrieben=> deutet auf ein Selbstauswahl- Bias hin • Anonymisierung der Daten findet statt, Teilnehmende erhielten Pseudonyme • Wahl der Stichprobengrösse wird nicht begründet • Setting kurz beschrieben, keine weiteren Infos zu Sample ausser Beruf und Geschlecht. <p>Analyseverfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datensättigung nicht erwähnt • Datenverarbeitung kurz und oberflächlich beschrieben, thematische Analyse gemäss Braun & Clarke (2006), dies nicht näher beschrieben. • Erhöhung der Glaubwürdigkeit der Daten: mehrere Forschende an Auswertungsprozess beteiligt <p>Ethik: Ethikkommission erwähnt, keine Infos zu Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden, keine weitere Diskussion von ethischen Fragen beschrieben</p>	<p>Beschreibung der Stichprobe: keine Informationen über Berufserfahrung der Teilnehmenden oder wie oft sie mit SVV in Kontakt kommen, Alter, Aufgabenbereich.</p> <p>Ergebnisse der qual. Analyse: Sechs verschiedene sinnvolle Themen werden bzgl. Erlebnisse von Fachpersonal mit SVV aufgezeigt. Deutliche Präsentation der Themen mit Einbindung direkter Interviewzitate. Erkenntnisse werden mit nachfolgenden Zitaten bestätigt und näher erklärt.</p> <p>Studie erweitert und bestätigt bestehendes Wissen über die Erlebnisse von Fachpersonal mit SVV, legen zusätzlich Schwerpunkt auf Ligatur, welches gemäss Studie noch nicht genügend erforscht ist.</p>	<p>Interpretation hilft, Erlebnisse von Fachpersonen mit SVV besser zu verstehen, mit Literatur bestätigt und diskutiert, Implikationen für Praxis mit Literatur beschrieben, Ergebnisse sind für Pflege relevant, setzen Schwerpunkt aber auch auf Ligatur.</p> <p>Die Forschenden diskutieren weiterführende Aspekte ihrer Ergebnisse, zeigen Möglichkeiten auf und beschreiben folgende Limitationen: nur fünf Teilnehmer aus einer einzigen Station, benötigt mehr Resultate mit grösseren Stichproben in Grossbritannien.</p>

Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985):

- Glaubwürdigkeit:** Die Vorgehensweise scheint glaubwürdig umfangreich präsentiert. Zudem sind zwei Forschende am Auswertungsprozess beteiligt. Es wird keine Triangulation oder Peer-Debriefing beschrieben.
- Übertragbarkeit:** Die Limitationen sind ausreichend und klar beschrieben und die Resultate aus der Studie können für die weitere Erforschung des Themas genutzt werden. Des Weiteren werden plausible Interviewzitate präsentiert. Die Stichprobe ist aber klein und darüber hinaus ist anzunehmen, dass ein Selbstauswahl-Bias vorliegt. Für eine Wiederholung der Studie müssten die Interviewfragen sowie die Rekrutierung beschrieben sein.
- Bestätigbarkeit:** Die Diskussion ist reichhaltig und die Ergebnisse werden in die bestehende Literatur eingebettet. Jedoch gab es keine Begleitung durch eine externe Person.
- Zuverlässigkeit:** Die Inhalte der Forschungsziele werden transparent kommuniziert. Das Analyseverfahren ist aber nur oberflächlich beschrieben.

Einschätzung Evidenzlevel

Die Studie befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6s Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Wilstrand, C., Lindgren, B. M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: A qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14(1). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage Wie beschreiben Pflegefachpersonen ihre Erlebnisse mit Patientinnen und Patienten, die sich selbst verletzen?</p> <p>Forschungslücke Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass die Studienlage über die Pflege von Patientinnen und Patienten mit SVV spärlich ist, Pflegefachpersonen vor allem im psychiatrischen Setting jedoch oft mit dieser Patientengruppe in Berührung kommen. Es existiert keine skandinavische Forschung über Erfahrungen von Pflegefachleuten im psychiatrischen Setting mit Patientinnen und Patienten, die sich selbst verletzen. Es braucht Forschung, um über die Pflege dieser Patientengruppe zu informieren und sie zu verbessern.</p>	<p>Design Es wurde ein qualitativ beschreibender Ansatz gewählt.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobe wurde im Stil von purposive Sampling gezogen, indem Pflegefachleute von vier Akutpsychiatrien in Nordschweden über die mögliche Teilnahme an der Studie informiert wurden. Teilnehmen konnten in einer Psychiatrie arbeitende Pflegefachpersonen, welche Erfahrung mit SVV von Patientinnen und Patienten haben. Ausschlusskriterium war eine Weiterbildung in Verhaltenstherapie (DBT). Teilgenommen haben sechs Pflegefachpersonen, darunter drei Männer und drei Frauen zwischen 27 und 53 Jahren. Zwei sind generalistisch ausgebildet, drei sind spezialisiert auf Psychiatrie und Jemand ist ausgebildet in Psychotherapie. Alle arbeiten seit durchschnittlich 9,4 Jahren (1-18 Jahre) in einer Psychiatrie.</p> <p>Datenerhebung Durchführung von narrativen Einzelinterviews und Aufzeichnung. Der Fokus lag auf befriedigenden und unbefriedigenden Erfahrungen mit SVV von Patientinnen und Patienten. Anschliessend wurden die Interviews verbatim transkribiert.</p>	<p>Aus der Analyse werden zwei Hauptthemen erkennbar: „Belastung von Gefühlen“ und „Balanceakt von professionellen Grenzen“. Diese entwickelten sich jeweils aus drei bis vier Unterthemen.</p> <p>Belastung von Gefühlen <u>Angst haben vor den lebensgefährlichen Handlungen der Patienten und Patientinnen:</u> Starke Emotionen der Ungewissheit, Angst, Überwältigung, Machtlosigkeit, sich betrogen und manipuliert fühlen, Unverständnis der Gründe für SVV</p> <p><u>Überwältigung mit Frustration</u> SVV kann als gewaltsame Handlung anderen Personen gegenüber empfunden werden. Einige Teilnehmende gaben an, manchmal Kontrolle über ihre Emotionen zu verlieren und deshalb zu schreien, Erkrankte am Arm zu packen oder sie zu erniedrigen. Darüber hinaus empfinden sie es frustrierend, Betroffene dauernd beobachten zu müssen und gleichzeitig ihre Integrität wahren zu müssen</p> <p><u>sich im Stich gelassen fühlen von den Mitarbeitenden und den Vorgesetzten</u> Viele Teilnehmende gaben an, sich von anderen Mitarbeitenden im Stich gelassen und nicht gehört zu fühlen von den Vorgesetzten. Manche haben sich deshalb krankgemeldet.</p> <p>Balanceakt von professionellen Grenzen <u>Aufrechterhaltung professioneller Grenzen zwischen sich selbst und den Patienten</u> Die Teilnehmenden beschrieben es als herausfordernd mit Betroffenen von SVV zu arbeiten, können ihnen jedoch auch Verständnis, Engagement, Hoffnung und Hilfsbereitschaft entgegenbringen. Es brauche ein „sensibles Ohr“, um ein angemessenes Nähe-Distanz Verhältnis wahren zu können.</p>	<p>Die Studie zeigt, dass die Erfahrungen der befragten Pflegefachleute die Themen „Belastung von Gefühlen“ und „Balanceakt von professionellen Grenzen“ umfasst. Es werden andere Forschungsergebnisse präsentiert, welche diese Ergebnisse unterstützen.</p> <p>Der Begriff Belastung wurde in dieser Studie das erste Mal verwendet, die beschriebenen Gefühle sind in anderen Studien aber ähnlich. Während in anderen Studien Gefühle wie Wut, Hilflosigkeit und Stress genannt werden, sind es in dieser Studie Angst, Frustration und aufgeben. Wenn Pflegende mit diesen Gefühlen nicht umgehen können, wirkt sich dies negativ auf die Behandlung der Patienten aus, wie die Studie von McAllister et al. (2002) beschreibt. Darüber hinaus kann die persönliche Haltung den Pat. gegenüber negativ werden (Holdsworth et al. 2001).</p> <p>Die Studie zeigt, dass die Teilnehmenden Strategien haben, wie sie professionelle Grenzen im Gleichgewicht halten können, diese jedoch schwierig anzuwenden sind wenn sie von Gefühlen überwältigt werden. Die Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit, Gefühle zu teilen und Unterstützung von Mitarbeitenden und Vorgesetzten zu erhalten.</p> <p>Die Teilnehmenden beschreiben, nicht genug Fachwissen und Verständnis für selbstverletzende Tätigkeiten zu haben, was ihre Gefühle negativ beeinflusst. Andere Studien bestätigen das Bedürfnis von Pflegefachleuten nach Fachwissen über Selbstverletzung (Perseus et al. 2003, Friedman et al. 2006). Der Mangel von adäquaten Behandlungsprogrammen und Supervisionen für Pflegende wurde ebenfalls erwähnt in früherer Forschung (Anderson 1997, Hemmings, 1999). Mangel an Fachwissen, Zeit, Geld und kollegialer Unterstützung beeinträchtigt die Vollbringung guter Pflege. Pflegefachleute wünschten sich bessere Wege zu pflegen, was die Resultate einer schwedischen Studie bestätigt. Diese identifiziert gute psychiatrische Pflege als ein unterstützendes Umfeld mit strukturiertem und</p>

	<p>Datenanalyse Durchführung einer qualitativen Inhaltsanalyse. Für die Analyse wurden zuerst Sätze der Teilnehmenden aus den Interviews extrahiert und zu kleineren Aussagen komprimiert sowie in Kategorien eingeteilt. Daraus wurden zwei Hauptthemen und sieben Unterthemen formuliert. Die Forschenden haben alle Texte so oft mit den Originalaufnahmen verglichen, bis ein Konsens aller Forschenden erreicht wurde.</p> <p>Ethik Freiwilligkeit und Anonymität sind gewährleistet, Genehmigung durch Ethikkommission</p>	<p>Es sei wichtig, dass alle Teammitglieder von Anfang an die gleichen Regeln befolgen und durchsetzen. Zudem müsse man auch in der Lage sein Stopp zu sagen, wenn Betroffene von SVV überschreiten.</p> <p><u>Umgang mit den eigenen Gefühlen</u> Wenn Pflegende die selbstzugefügten Wunden der Pat. versorgen, sei es schwierig mit ihren eigenen Gefühlen umzugehen. Strategien sind: Unterdrückung der Gefühle oder Humor und Ironie. Ein Teilnehmender beschreibt es als schwierig, mit seinen Gefühlen zu ringen und gleichzeitig handeln zu müssen. Er fühle sich emotional kalt. Man müsse sich abgrenzen und dürfe nicht alle Gefühle zulassen, sonst hält man es nicht aus.</p> <p><u>sich bestätigt fühlen von Mitarbeitern und den Vorgesetzten</u> Es ist wichtig, sich von Kollegen und Vorgesetzten unterstützt zu fühlen. Teilnehmende wollen persönliche Gefühle teilen und Bestätigung von Kollegen / Vorgesetzten erhalten. Die Wichtigkeit von Supervisionen und das Bedürfnis von Nachbesprechungen nach schwierigen Geschehnissen wurden ebenfalls beschrieben.</p> <p><u>Ideen für eine bessere Versorgung</u> Es braucht Weiterbildungen für das Personal, sowie physische, finanzielle und personelle Ressourcen. Die Teilnehmenden fänden es sinnvoll, wenn Pflegende, die sich mit den Bedürfnissen von Pat. mit SVV gut auskennen, diese auf kleinen Stationen betreuen würden und für diese Arbeit genügend zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung hätten.</p>	<p>trotzdem flexiblem Programm. Charakteristisch für eine gute therapeutische Zusammenarbeit zwischen Pflege und Pat. sind Wärme, Empathie, Verständnis, genug Zeit, und befriedigte Bedürfnisse (Johansson 2006).</p> <p>Limitationen Die Interviews wurden auf Schwedisch durchgeführt und dann auf Englisch übersetzt, wodurch Übersetzungsfehler entstehen können. Die professionellen Hintergründe der Forschenden und ihre Ansichten beeinflussten den Interpretationsprozess.</p> <p>Schlussfolgerungen und Anwendung in der Praxis Die Belastungen der Pflegenden muss verkleinert werden, da sie zu einer Steigerung der Unruhe der Patienten beitragen und das Stationsmilieu negativ beeinflussen. Es braucht mehr Fachwissen, Unterstützung und Supervisionen für Pflegefachleute, die mit dieser Patientengruppe arbeiten. Diese Erkenntnisse sollten in zukünftigen Forschungen, Bildung und Praxisentwicklungen einfließen. Des Weiteren sollte der Prävention von Selbstverletzung ebenso viel Beachtung geschenkt werden wie der Suizidprävention.</p>
--	--	--	---

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ausführlicher theoretischer Hintergrund und Literaturrecherche beschrieben. Das Ziel und die Forschungsfrage sind klar dargestellt. Forschungslücke und Relevanz für die Pflege ebenfalls nachvollziehbar. Das Phänomen wird mittels Literatur definiert und ist pflegerelevant.</p>	<p>Design Es wurde ein qualitativ beschreibendes Design gewählt. Dies ist logisch und nachvollziehbar, jedoch wäre auch ein phänomenologischer Ansatz passend gewesen.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, wird aber nicht begründet. Rekrutierung wird transparent beschrieben, wie auch die Ein- und Ausschlusskriterien. Die Teilnehmenden sind detailliert beschrieben und bezüglich des Geschlechts, Alters, Arbeitserfahrung, Spezialisierung sowie Beschäftigungsort unterschiedlich, wodurch die Heterogenität gewährleistet ist, alle haben Erfahrung mit SVV. Die Auswahl der Psychiatrien, in denen rekrutiert wurde, wird nicht begründet. Es gibt keine Angabe zu eventueller Spezialisierung einer Station, ob offen oder geschlossen geführt oder Hospitalisationsdauer der Pat.</p> <p>Datenerhebung Es wurden narrative Interviews durchgeführt, was zum Design und zur Fragestellung passt. Es ist klar beschrieben, welche Hauptfragen gestellt wurden, in welcher Umgebung die Interviews durchgeführt wurden und wie lange sie dauerten. Sie wurden aufgenommen und transkribiert. Weiterführende Fragen oder Vorgaben sind jedoch nicht beschrieben.</p> <p>Datenanalyse Anwendung einer etablierten qualitativen Inhaltsanalyse mit entsprechender Referenzangabe. Durch Beteiligung aller Forschenden, Vergleiche mit den Originalaufnahmen und reflektive Diskussionen erhöht sich die Glaubwürdigkeit. Die analytischen Schritte sind detailliert beschrieben und mit Beispielen tabellarisch veranschaulicht. Jedoch werden die Ergebnisse nicht nochmal von den interviewten Personen gegengelesen.</p> <p>Ethik Freiwilligkeit und Anonymität und vertraulicher Umgang mit den Daten gewährleistet. Eine Ethikkommission wurde involviert.</p>	<p>Die Kategorien und Unterthemen, die aus der präzisen Analyse entstanden sind, werden detailliert beschrieben. Die vielfältigen erlebten Emotionen, Schwierigkeiten und Sichtweisen der Teilnehmenden werden präzise und ausführlich beschrieben und mit Interviewzitatzen verdeutlicht.</p>	<p>Die Studie zeigt, wie Pflegefachleute in der Psychiatrie SVV von Pat. erleben und beschreiben, wie sie sich dabei fühlen, was ihnen durch den Kopf geht und welche Schwierigkeiten sich daraus entwickeln. Es ist die erste Studie, die SVV aus der Sicht von Psychiatriepflegefachleuten darstellt und nicht auf deren Einstellung gegenüber dem Phänomen, sondern auf die Erlebnisse und Gefühle der Pflegefachleute fokussiert. Deshalb leistet sie einen sehr wertvollen Beitrag zur Pflegeforschung. Das erste Mal wurde der Begriff „Belastung“ in dieser Studie konzeptualisiert, was einen wichtigen Beitrag zur Theoriebildung beiträgt. Die Ergebnisse werden mit der vorhandenen Literatur verglichen, diskutiert und weiter ausgeführt. Die Limitationen der Studie werden transparent reflektiert, beispielweise wird die kleine Stichprobe, Übersetzung der Interviews in Englisch und die professionellen Hintergründe der Forschenden genannt. Implikationen für die Praxis sind beschrieben und umsetzbar.</p>

Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985):

- Glaubwürdigkeit:** Alle Forschenden sind an der Analyse beteiligt. Währenddessen stellen sie Vergleiche mit den originalen Aufnahmen auf und diskutieren untereinander, bis sich alle einig sind. Des Weiteren reflektieren die Forschenden, dass ihr professioneller Hintergrund die Interpretation beeinflussen könnte. Es ist jedoch keine Triangulation oder Peer-Debriefing beschrieben.
- Übertragbarkeit:** Die Stichprobe und das methodische Vorgehen sind ausführlich beschrieben und auch die Limitationen werden transparent dargelegt. Dadurch kann die Studie mit anderen Situationen verglichen oder wiederholt werden. Jedoch ist die Stichprobe klein, wodurch die Übertragbarkeit wiederum eingeschränkt wird.
- Bestätigbarkeit:** Die Daten werden ausführlich diskutiert und mit anderen Theorien und bestehender Literatur verglichen. Es findet jedoch keine Begleitung durch eine externe Fachperson statt.
- Zuverlässigkeit:** Die Ziele der Forschenden sind transparent vorgestellt und die analytischen Schritte werden detailliert beschrieben sowie mit Tabellen und Beispielen veranschaulicht. Analytische Entscheidungen sind aber nicht dokumentiert.

Einschätzung Evidenzlevel:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6s Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Thompson, A. R., Powis, J., & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 153–161. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00533.x>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsziel Die Studie will Erlebnisse von Spitex Pflegefachpersonen, die Menschen mit SVV betreuen, untersuchen. Es wird keine explizite Forschungsfrage formuliert</p> <p>Phänomen Pat. Mit SVV werden vor allem von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Ausbildung betreut. Es gibt wenige Studien über das Erleben ihrer Arbeit mit SVV. Keine Studien haben sich spezifisch auf das Erleben von Spitex Pflegenden fokussiert.</p> <p>Forschungsbedarf Spitex Pflegenden bei der Durchführung von Interventionen für SVV eine Schlüsselposition, Daher ist es wichtig, die Erlebnisse ihrer Arbeit mit SVV zu untersuchen. Zudem kann diese Studie wichtige Ergebnisse zu aktuellen Therapien und möglichen Weiterbildungen geben.</p>	<p>Design: semistrukturierte Interviews, interpretative phänomenologische Analyse</p> <p>Stichprobe: 8 Spitex Pflegenden ohne Psychotherapietraining mit Erfahrung in der Betreuung von Menschen mit SVV, die sich in den letzten 12 Monaten selbstverletzten</p> <p>Rekrutierung aus zwei Teams in Nordengland</p> <p>4 weiblich, 4 männlich, durchschnittliche Berufserfahrung: 18 Jahre, Durchschnittsalter: 40 Jahre</p> <p>Datenerhebung: 45-60min. Interviews Teiln. sollten von Erlebnissen mit SVV-Betroffenen berichten. Am Schluss wird eine offene Frage gestellt, falls etwas Wichtiges nicht erfragt wurde. Interviews werden aufgenommen und verbatim transkribiert.</p> <p>Analyseverfahren: Interpretative phänomenologische Analyse (Smith, 1995)</p> <p>1. Transkripte mehrmals durchlesen 2. Keywords und Zitate aufgeschrieben 3. Kategorien erstellen 4. Kategorien in MindManager PC- System übertragen 5. Liste mit Themen und Subthemen erarbeiten 6. Mit Originaltext vergleichen 7. Prüfung der finalen Kategorien vom ersten und dritten Autor und einem unabhängigen Forschenden, sodass Themen gerechtfertigt und in Daten eingebettet sind. Gültigkeit der Daten mit Peer-Debriefing geprüft</p> <p>Ethik Erlaubnis von National Health Service und Research Governance wurde vor Rekrutierung eingeholt.</p>	<p>Es entstehen 7 Oberkategorien mit Unterkategorien. Sie werden anhand von Zitaten verdeutlicht</p> <p>Versuchen zu verstehen: SVV wird interpretiert als: Bewältigungsstrategie (Regulieren von Gefühlen, Spannung senken, Ablenkung von psychischem Sz auf physischen Sz), Aufmerksamkeit gewinnen, Kontrolle anderer Menschen</p> <p>Risiko beobachten: Arbeit mit SVV macht Angst, teilweise nicht von Privatleben trennbar, möchten SVV nicht stoppen, sondern Risiko minimieren</p> <p>Schwierigkeit mit Grenzen der Verantwortlichkeit: Fühlen sich verantwortlich, damit es Pat. besser geht, man muss Verantwortung jedoch an Pat. zurückgeben, Angst für Tod von Pat. beschuldigt zu werden von Angehörigen. Zeitdruck und wenig Personal führen zu Überarbeitung</p> <p>Emotionaler Einfluss: Schwierige Pat, Frustration, hoffnungslose Arbeit, Manipulation, stressig, schockierend, widerlich, traurig, anspruchsvoll</p> <p>Beziehungsfaktoren: Schwierig, Beziehung einzugehen, obwohl sehr wichtig für Therapie, Verhalten von Pat. wird persönlich genommen, Isolation</p> <p>Wenig Wissen zu Techniken: Keine Techniken/ Theorie in Ausbildung gelernt, selber Modelle beigebracht und genutzt wie Verhaltens- und Psychodynamische Techniken, Mangel an Training kann zu negativen Gefühle gegenüber Pat. führen.</p> <p>Lernen damit umzugehen: Supervision und Unterstützung vom Team ist wichtig, Gefahr von Desensibilisierung</p>	<p>Zusammenfassung Ergebnisse: Teiln. äussern Schwierigkeit, SVV zu konzeptualisieren und erleben Arbeit mit SVV-Betroffenen stressig wegen emotionalem Einfluss von SVV und weil sie an ihre beruflichen Grenzen stossen. Die therapeutische Beziehungsgestaltung wird als wichtig aber schwierig angesehen. Es werden Bewältigungsstrategien genutzt. Die Resultate sind Grundlage für Empfehlungen für Training und Unterstützung für Pflegenden</p> <p>Vergleich mit Literatur: Teiln. unterschieden zwischen interpersonellen und intrapersonellen Funktionen von SVV, dies stimmt überein mit dem aktuellen psychotherapeutischen Verständnis. Unterstützung von Pflegefachpersonal kann Verständnis für SVV und das Erleben von Pat. und psychotherapeutischen Interventionen verbessern.</p> <p>Empfehlungen für Praxis: Verhaltenstherapie oder kognitive analytische Therapie für Interventionen mit SVV. Die Studie zeigt auf, dass Pflegenden anders gefördert und unterstützt werden müssen im Arbeiten mit Menschen mit SVV, dies wird einen positiven Effekt auf das Outcome der Pat. haben. Dies schlägt ebenfalls NICE (2004) vor: Fachpersonal mit SVV soll speziell geschult werden und regelmässige Supervision erhalten.</p> <p>Limitationen: Alle Teiln. waren weiss, britisch und erfahren=>Übertragbarkeit eingeschränkt, Befragung war retrospektiv => Gefahr, dass etwas vergessen oder falsch erzählt wird.</p> <p>Empfehlungen für Forschung: Es müssen weitere Interventionen evaluiert werden, um Achtsamkeit bezüglich SVV zu fördern.</p>

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Phänomen ist klar beschrieben und relevant für die Pflegepraxis. Das Ziel der Studie ist klar dargestellt. Die Einleitung erklärt den Forschungsbedarf und damit die Relevanz des Forschungsziels. Das Thema wird mit älterer und neuer Literatur gründlich eingeführt.</p> <p>Es wird keine Fragestellung beschrieben.</p>	<p>Design: eignet sich zur Zielerreichung</p> <p>Sample und Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmende sind als Informanten geeignet - Stichprobe ist repräsentativ für Population - Teilnehmende erleben SVV in den letzten 12 Monaten -Vorgehen bei Rekrutierung von potenziellen Teilnehmern nicht näher beschrieben - Wahl der Stichprobengrösse wird nicht begründet - Homogene Gruppe => vertiefte Analyse möglich <p>schränkt jedoch Generalisierbarkeit auf Population oder Settings ein</p> <ul style="list-style-type: none"> -Teilnehmende haben alle viel Erfahrung - Durchschnittsalter 40, hoher Ausbildungsgrad=> evtl. sehr ähnliche Ansichten - Datenerhebung und Verarbeitung transparent und sinnvoll -Interviewführung nicht näher beschrieben - genehmigt durch Ethikkommission - Ergebnisse anonymisiert - Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden nicht bekannt - Setting, Ort und Teams beschrieben - Teilnehmende genau mit Berufserfahrung und Position, Alter beschrieben <p>Analyseverfahren: Datensättigung nicht diskutiert (nicht nötig) Analyse mit interpretativen phänomenologischen Ansatz, detailliert beschrieben</p> <p>Sicherstellung von korrekter Interpretation: Glaubwürdigkeit erhöht sich durch Beteiligung mehrere Autoren an Auswertungsprozess beteiligt, Peer-Debriefing</p> <p>Vertrauenswürdigkeit erhöht sich durch Prüfung der finalen Kategorien von 3 Forschenden inkl 1 unabhängiger Forscher</p>	<p>Resultate sind präzise sowie mit Zitaten im Text veranschaulicht und bestätigt, keine Tabellen verwendet</p> <p>Kategorien sind logisch, wirken jedoch teilweise sehr ähnlich</p>	<p>Interpretation stimmt mit Ergebnissen überein</p> <p>Ergebnisse werden mit Theorien verglichen und bestätigt</p> <p>Anwendbare Vorschläge für die Praxis sind beschrieben</p> <p>weiterführende Aspekte werden aufgeführt</p> <p>Stärken und Schwächen werden transparent dargelegt</p> <p>Studie erweitert bereits bestehendes Wissen über Erlebnisse von Pflegefachpersonen mit Erkenntnissen zu Verbesserungsbedarf bei Umgang mit SVV und mangelnde Techniken in Ausbildung</p> <p>Klare Limitationen werden beschrieben: Alle Teilnehmenden sind weiss, britisch und erfahren=> kann evtl. nicht auf übertragen werden auf Personen mit ausländischem Diplom, anderer kultureller Herkunft oder weniger Berufserfahrung. Die Befragung war retrospektiv => Gefahr, dass etwas vergessen oder falsch erzählt wird</p> <p>Implikationen für weitere Forschung werden genannt und sind sinnvoll.</p>

Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985)

- Glaubwürdigkeit:** Beteiligung mehrerer Forschender an der Analyse und Prüfung der Kategorien durch eine unabhängige forschende Person und Prüfung der Kategorien durch Computer Programm. Ergebnisse werden durch Peer-Debriefing bestätigt jedoch keine Triangulation angewendet.
- Übertragbarkeit:** Durch die genaue Beschreibung der Stichprobe, des Settings und der Interviewfragen kann die Studie mit anderen Situationen verglichen und wiederholt werden. Zudem können für die Resultate für die weitere Erforschung des Themas genutzt werden. Aufgrund der homogenen Stichprobe sind die Ergebnisse evtl. nicht auf Personen mit ausländischem Diplom, anderer kultureller Herkunft oder weniger Berufserfahrung übertragbar.
- Bestätigbarkeit:** Die Ergebnisse werden mit bestehender Literatur und anderen Studien ausführlich diskutiert und bestätigt.
- Zuverlässigkeit:** Die Ergebnisse werden durch eine unabhängige Person korrigiert. Zusätzlich werden die Themen mithilfe eines Computerprogrammes nochmals überprüft. Der analytische Prozess ist transparent und präzise aufgeführt.

Einschätzung Evidenzlevel

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Beryl, R., Davies, J., & Völlm, B. (2018). Lived experience of working with female patients in a high-secure mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 82–91. <https://doi.org/10.1111/inm.12297>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Es gibt wenig Literatur über das Erleben der Arbeit von Pflegefachpersonen im forensischen Bereich</p> <p>Phänomen: Patientinnen in Hochsicherheitspitälern haben komplexe Bedürfnisse. Zusätzlich leiden die Patientinnen oft an schwerem SVV und/oder Gewaltbereitschaft, etwas weniger als 50% der Ereignisse beim NSHSW gründen auf Selbstverletzendem Verhalten. Der Umgang mit Gewalt und Aggression, die Prävention sowie der Umgang mit SVV scheinen daher wichtige Aufgaben der Pflegefachpersonen zu sein und in ihrem Verantwortungsbereich zu liegen, da sie zuerst damit konfrontiert werden. Die Sicht der Pflegefachpersonen kann hilfreich sein, um Personal zu schulen, Unterstützung, Supervision, die Resilienz der Pflegefachpersonen zu stärken und Burnout und Stress zu reduzieren.</p> <p>Ziel: Die Studie will Erfahrungen von Pflegefachpersonen, die Patientinnen in einem Hochsicherheitspitäl betreuen, verstehen</p> <p>Forschungsfrage wird nicht explizit erwähnt</p>	<p>Design: Interviews mit offenen Fragen</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachpersonen, die im NSHSW arbeiten • Informationen werden über Stationsleitung an Pflegefachpersonen weitergegeben • Teilgenommen haben: 7 Pflegefachpersonen, 2 Männer, 5 Frauen, Arbeitserfahrung zwischen 3-30 Jahren <p>Datenerhebung: offene Fragen zu folgenden Themen: wie Pflegefachpersonen zu ihrer Arbeit kamen, Erwartungen vor Arbeitsantritt, wie die Erfahrung im Vergleich dazu ist, Gefühle über ihre Arbeit, der Einfluss negativer Aspekte, Ratschläge für sich bewerbende Pflegefachpersonen</p> <p>Interviewdauer: 40-75 min, aufgezeichnet und transkribiert</p> <p>Datenanalyse: interpretative phänomenologische Analyse nach Smith et al. (2013) und Prinzipien von Smith und Osborn (2008), Prinzipien für Rechercheprozess nach Yardley (2000)</p> <p>Iterativer Prozess: Transkripte mit und ohne Audiomaterial mehrmals gegenlesen, wichtige Aspekte hervorheben, zusätzliche Notizen hinzufügen oder streichen, wichtige Themen notieren Das erste vollendete Transkript wird vom zweiten Autor vollständig gegengelesen. Überprüfung Gültigkeit: Indexkarten von wichtigen Themen anfertigen, mit einem Beispiel aus dem Interview notieren und codieren Ähnliche Themen werden dadurch miteinander verbunden. Während der Analyse werden ein reflexives Protokoll und Diskussionen zwischen den Autoren geführt.</p> <p>Ethik: University and National Health Service committees</p>	<p>4 übergeordnete Kategorien mit dazugehörigen Unterkategorien und passenden Zitaten</p> <p>Das Meta-thema "making sense by understanding" wird mit den anderen Kategorien verknüpft</p> <p>1. Horror: Vorurteile, dass die Arbeit in der Forensik schrecklich ist, hatten grossen Einfluss auf die eigenen Erwartungen. SVV wird gleichgesetzt mit dem Women's-Service, weil es dort sehr häufig ist, SVV = Situation, die schnell in eine lebensgefährliche Situation wechseln könne.</p> <p>2. Balanceakt: Delikt vs. Person: Pat. = Täterin oder Opfer, versuchen Delikt von Person zu trennen, Teiln. können besser damit umgehen, wenn sie wissen, was Pat. erlebt hat</p> <p>Kontrolle vs. Therapie: Kontrolle nötig für die Sicherheit, aber manchmal ist der Fokus zu stark darauf => Frust</p> <p>Grenzen: Grundlage für Therapie, wichtig für Sicherheit und Wohlbefinden von Teiln.</p> <p>3. emotionale Schwerarbeit: Teiln. nehmen Arbeit mit nach Hause, das abnormale wird normal, Selbstpflege scheint sehr wichtig, schwarzer Humor ist eine Bewältigungsstrategie, viel Unterstützung im Team mit Supervision</p> <p>4. Abteilung als Gemeinschaft: Team = sehr wichtig, Konflikte im Team = herausforderndsten Aspekte der Arbeit, Übernehmen von Mentor / Lehrerrollen trägt zur Identität von Teammitgliedern bei</p> <p>Metathema making sense by understanding: Schwierig für Teiln. wenn sie Verhalten von Pat. oder andere Prozesse nicht verstehen, Wichtigkeit des Verstehens zeigt sich in allen Kategorien</p>	<p>Erste Studie, die dieser Frage nachgeht</p> <p>Ergebnisse werden mit Literatur verglichen z.B. Schwarzer Humor = Bewältigungsstrategie, kann aber auch negative Reaktionen von Menschen ausserhalb der Gruppe auslösen, wird oft bei Menschen beobachtet, die in hochstressigen Situationen arbeiten bspw. Notfallpersonal (Charman 2013), es würde den Menschen helfen, die herausfordernde Arbeit zu verkraften (Young 1995), die Erfahrung zu normalisieren (Myers 2005), und die eigene Verletzlichkeit zu verbergen (Tracey et al. 2006).</p> <p>Limitationen: Die Ergebnisse der Studie können nicht auf andere Settings übertragen werden, trotzdem sind die Themen in der Studie aussagekräftig und haben Gemeinsamkeiten zu Ergebnissen von anderen Settings</p> <p>Fazit: Pflegende in diesem Setting stehen vor Herausforderungen, entwickeln deshalb Bewältigungsstrategien</p> <p>Implikationen: Gemäss Davies (2015) müssen Bewältigungsstrategien durch Supervisionen, Peer-Supervisionen und Reflexionen gefördert werden. Neath (2010) empfiehlt eine holistische Sicht auf das Team und deren Bewältigungsstrategien, inkl. Multidisziplinäres Team, Besprechungen nach dem Ereignis und Diskussionen</p>

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<ul style="list-style-type: none"> • Phänomen ist klar beschrieben, mit Literatur eingeführt und relevant für Pflege • Klare Zielformulierung • Sinnvolle Begründung für Studie • Aber keine Forschungsfrage beschrieben 	<p>Design: nachvollziehbar für Forschungsziel</p> <p>Stichprobe und Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repräsentativ für Population der Psychiatriepflegefachpersonen • Stichprobengrösse nicht begründet • Setting und Teilnehmende prägnant beschrieben • Teilnehmende sind in direktem Kontakt mit Menschen mit SVV, daher geeignet als Informanten • grosse unterschiedliche Berufserfahrung=> Verschiedene Ansichten aufgrund • Vorgehen bei Rekrutierung beschrieben • Datenerhebung und Verarbeitung nachvollziehbar und genau beschrieben • Gestellte Fragen sind bekannt <p>Analyseverfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • detailliert beschrieben • Keine Infos über Datensättigung • Erhöhung der Glaubwürdigkeit: Transkripte mehrmals gegengelesen und mit Audiomaterial verglichen, Notizen geführt, mehrere Forschende am Auswertungsprozess beteiligt, iterative Analyse. Führung eines reflexiven Protokolls und Diskussionen zwischen den Forschenden, hinzuziehen von anerkannten Quellen • Analyse der Notizen eher oberflächlich beschrieben, nicht überprüfbar. <p>Ethik: Ethik Kommission erwähnt, Anonymisierung der Teilnehmenden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deutliche Präsentation der Kategorien anhand einer Tabelle • Veranschaulichung und Bestätigung mit Zitaten • Kategorien erklären das Phänomen, sind genau beschreiben, unterscheiden sich voneinander und deren Wahl erscheint sinnvoll • Metathema verbindet alle Themen, wird kurz erklärt aber ohne Einbezug von Quellen. • Studie erweitert Wissen über die Erlebnisse von Fachpersonal mit SVV • Forschende legen zusätzlich Schwerpunkt auf die Wichtigkeit, das Verhalten von Menschen mit SVV zu verstehen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Forschungsziel kann beantwortet werden • Ergebnisse sind für Pflege relevant • Wichtigkeit der Ergebnisse wird diskutiert • Forschende setzen Fokus auf Bewältigungsstrategien und begründen dies mit Literatur • Geben Limitationen transparent an • Forschende schätzen Themen der Studie als aussagekräftig ein und deuten auf Gemeinsamkeiten zu Ergebnissen anderer Studien in anderen Settings hin. • Forschende machen klare Vorschläge zur Umsetzung der Bewältigungsstrategie in die Praxis.

Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985)

Glaubwürdigkeit: Es beteiligen sich mehrere Forschende am Auswertungsprozess, die Analyse wird mehrmals wiederholt sowie Diskussionen und Protokolle geführt. Jedoch findet kein Peer-Debriefing statt.

Übertragbarkeit: Die Zitate sind sinnvoll gewählt und durch die hinreichende Beschreibung der Vorgehensweise kann die Studie in einem ähnlichen Setting wiederholt werden. Auf andere Settings als auf das des Hochsicherheitstraktes ist die Übertragbarkeit aber eingeschränkt. Die Implikationen für die Praxis scheinen umsetzbar.

Bestätigbarkeit: Die Ergebnisse werden umfangreich mit vorhandener Literatur verglichen. Eine externe Person ist aber nicht involviert.

Zuverlässigkeit: Die Beschreibung der analytischen Schritte ist präzise, jedoch ohne Veranschaulichung durch Tabellen oder Ähnliches. Eine Überprüfung durch ein externes Gremium findet nicht statt.

Einschätzung Evidenzlevel

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Tofthagen, R., Talseth, A.-G., & Fagerström, L. (2014). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Patients Suffering from Self-Harm. *Nursing Research and Practice*, 2014, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2014/905741>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Wird nicht beschrieben.</p> <p>Ziel: Das Untersuchen und Beschreiben der Erlebnisse von Psychiatriepflegefachpersonen in der Betreuung von Patienten und Patientinnen, die sich in einer Akutphase selbst verletzen.</p> <p>Phänomen und Forschungslücke: SVV ist ein grösseres werdendes Problem im Gesundheitswesen. Es gibt nur wenige Studien über pflegerische Interventionen für Patienten mit SVV. Andere Studien ergaben, dass das Erleben vom Betreuen von Patienten mit SVV herausfordernd sein kann, auch bezüglich der Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patienten. Die Vermutung der Forschenden ist, dass die Untersuchung der Erfahrungen von Psychiatriepflegefachpersonen viel Wissen über das Betreuen von Pat. mit SVV ergeben.</p>	<p>Design: qualitativ exploratives und beschreibend, semistrukturierte Interviews 45-90 min</p> <p>Setting: 5 Erwachsenenstationen von 4 psychiatrischen Kliniken in Norwegen.</p> <p>Stichprobe: Teilgenommen haben: 13 Frauen und 2 Männer, 12 haben einen BSc. mit einjähriger Zusatzausbildung, 3 sind registrierte Pflegefachpersonen mit Arbeitserfahrung, Arbeitserfahrung ist zwischen 1-14 Jahren, durchschnittlich 5,1 Jahre</p> <p>Ziehung: purposive sampling</p> <p>Ausschluss: Stationsleitungen und Fachexperten mit Verantwortung für Entwicklung und Qualitätssicherung</p> <p>Datenerhebung: Leitende der Psychiatrien erhalten schriftliche Informationen über die Studie und geben die Erlaubnis zur Durchführung. Danach werden passende Teilnehmende mit Hilfe von Informationsblättern rekrutiert. Interviews starten mit offener Frage, Hauptfragen werden vorbereitet und bei allen angewendet, zusätzliche Fragen werden gestellt zur Vertiefung von Themen, Interviews werden aufgenommen und verbatim transkribiert. Führen der Interviews und Transkription von Autor Tofthagen durchgeführt.</p> <p>Analyseverfahren: Manifeste Inhaltsanalyse danach latente Inhaltsanalyse nach Graneheim and Lundman. Die Induktive manifeste Inhaltsanalyse ist in der Studie ein Kondensation- Abstraktionsprozess mit sieben Schritten. Mit dieser Analyse werden Kategorien von rohen Daten ohne theoriebasierte Kategorisierung kreiert. Es entstehen 2 Hauptkategorien mit verschiedenen Unterkategorien.</p> <p>Ethik: Bewilligung durch Norwegian Social Science Data Services, Zusätzliche Information der Teilnehmenden über ethische Prinzipien, ethische Guidelines der Helsinki Declaration für Forschung werden gemäss Forschenden während der gesamten Studiendauer befolgt</p>	<p>1. Herausfordernde und gemeinschaftliche Beziehung zwischen Pflege und Pat.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Einstellung gegenüber den Betroffenen: Teiln. wollen die Person hinter der Erkrankung sehen und verstehen, sind besorgt, wenn Pat. austritt, beschreiben SVV als schmaler Grat zwischen Leben und Tod, möchten Selbstwertgefühl, Vertrauen und Dialog fördern • Hoffnung auf Genesung: Glauben, dass Pat. sich verbessern können, zeitaufwändig, anderen Hoffnung zu geben • Reflektierender Dialog zur Förderung von verbalen Ausdrücken: Hilflosigkeit in der Beziehung, Schwierigkeit sich auszudrücken • Emotionale Betroffenheit wegen Pat. mit SVV: Beziehung zu Pat. mit SVV unangenehm, provokativ, herausfordernd, Rückfall = eigene Niederlage, Machtlosigkeit, Verlust von Mut, übertragen Gefühle von Pat. teils auf sich selbst. Pat. möchten enge, private Beziehung zu Teiln. diese grenzen sich davon ab, Intuition = Mischung aus Gefühlen, Erfahrung und Wissen <p>2. Wohlbefinden vermitteln durch Pflegeinterventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risiko von SVV einschätzen und beobachten: Teiln. beobachten regelmässig und identifizieren Warnzeichen • Suchen von präventiven Strategien • Erlauben / Verhindern von SVV • Verantwortung für Verletzungen von Pat. • Evaluation der Notwendigkeit von Medikamenten 	<p>Die Forschenden empfehlen eine systematische Evaluation des Suizidrisikos, das in die Standardtherapie miteinbezogen werden soll. Pflegefachpersonen sollen eine professionelle Rolle in der Beziehung zu den Pat. einnehmen und eine angemessene Nähe / Distanz halten. Die Beziehung soll unterstützend und vorhersehbar sein. Ein reflektierendes Gespräch mit den Betroffenen führt dazu, dass die Teiln. gegenüber den Pat. Empathie empfinden.</p> <p>Limitationen: Die Forschenden äussern, dass eine hermeneutische Methode evtl. andere Aspekte der Studie hervorgehoben hätte.</p> <p>Fazit: Pat. mit SVV benötigen Betreuung von Pflegefachpersonen mit erweiterten klinischen Kompetenzen</p>

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<ul style="list-style-type: none"> • Klare Zielformulierung • Phänomen wird sachlogisch mit Literatur erklärt • Detaillierte Einleitung • Forschungsbedarf wird nachvollziehbar mit Einbezug von Literatur begründet und damit wird auch die Relevanz des Forschungsziels klar • Transparente Ausweisung der Finanzierung der Studie durch Fördergelder • Im theoretischen Hintergrund wird nachvollziehbar das „Tidal- Modell“ eingeführt 	<p>Design: geeignet für Erreichung des Forschungsziels</p> <p>Stichprobe und Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobe eignet sich, um Forschungsziel zu erreichen • Präzise Beschreibung der Stichprobe bezüglich Geschlecht, Berufserfahrung, Ausbildung aber keine Angabe zu Alter • Rekrutierung wird transparent ausgewiesen • Wahl der Stichprobengröße nicht begründet • Nur Hochqualifiziertes Personal zur Stichprobe zugelassen • Eher grössere Stichprobe aus vier verschiedenen psychiatrischen Kliniken • grosse Unterschiede in der Berufserfahrung (zw.1-14 J.): • Teilnehmende haben bis auf 3 Personen alle dieselbe Ausbildung • nur 2 Männer • homogene Gruppe ermöglicht vertiefte Analyse, da die Berufserfahrung jedoch variiert und sie aus vier verschiedenen Psychiatrien kommen, könnten doch unterschiedliche Ansichten vertreten sein. • Durch das Einbeziehen mehrerer Psychiatrien erhoffen sich die Forschenden repräsentatives, umfassendes Material für das Forschungsziel=> gute Lösung <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutzung eines Interviewguides mit vorher beschlossenen Hauptfragen, nur erwähnt, nicht näher erklärt. Themen, die die Forschenden fragen wollten sind aufgeführt und sinnvoll für das Erreichen des Ziels gewählt. • Datenerhebung und Verarbeitung nachvollziehbar beschrieben und sinnvoll. • Interviewführung und Transkription vom selben Autor durchgeführt => sinnvoll • Anonymisierung der Daten findet statt • Datensättigung nach 15 Interviews festgestellt, da sich Antworten wiederholten <p>Analyseverfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenanalyse inspiriert nach Graneheim und Lundman (2004, 2012) • präzise Beschreibung der Analyse und mit nachvollziehbaren Tabellen untermauert. Mit Codierungen, Hauptthema, Oberkategorien und Subkategorien gearbeitet. • Forschende haben alle Stufen des Analyseverfahren miteinander diskutiert. • Alle Forschenden untersuchten die Daten unabhängig voneinander <p>Ethik: Forschende zeigen ethische Verantwortung, wissen um Vulnerabilität der Teilnehmenden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deutliche Präsentation der Resultate anhand Hauptkategorien mit diversen Subkategorien • unterstützt mit passenden Zitaten im Text • Beleuchten Phänomen als Ganzes • Unterteilungen in den Kategorien sind sinnvoll, beziehen sich aufeinander 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretation ist nützlich für ein besseres Verständnis des Phänomens • Nur eine Limitation beschrieben => wirkt wenig reflektiert und unrealistisch • Dass alle Forschenden Psychiatriepflegefachpersonen mit klinischer Erfahrung und Forschungserfahrung sind und dies die Interpretation der Ergebnisse beeinflussen könnte, wird nicht thematisiert • Forschende geben Empfehlungen für weitere Forschung aus der Patienten Perspektive • Tidal Modell wird mit einbezogen, dessen Wirksamkeit mit früherer Literatur bestätigt ist • Ergebnisse bestätigen Resultate aus früheren Studien • Fokus liegt auf der Beziehung zwischen Pflege und Pat. • Bedeutung für Pflegepraxis erkennbar • Mehrere Empfehlungen, die in der Praxis umsetzbar sind

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Glaubwürdigkeit: Alle Forschenden sind an der Analyse beteiligt und diskutieren regelmässig alle Stufen des Analyseverfahrens. Es ist jedoch keine Triangulation oder Peer-Debriefing beschrieben.

Übertragbarkeit: Durch die ausführliche Beschreibung der Methode, insbesondere der Datenerhebung und Analyse ist eine Wiederholung möglich. Des Weiteren erscheint die Stichprobe repräsentativ und Zitate werden sinnvoll verwendet, wodurch die Ergebnisse in die Pflegepraxis übertragen und für weitere Forschungen verwendet werden können. Darüber hinaus ist die Grösse der Stichprobe passend, was die Erreichung einer Datensättigung beweist.

Bestätigbarkeit: Die Ergebnisse werden mit Einbezug eines Modells und bestehender Literatur verglichen und ausführlich diskutiert. Es ist jedoch keine externe Person involviert.

Zuverlässigkeit: Das Ziel und die Verwendung von Forschungsgeldern werden transparent beschrieben und durch die genaue Dokumentation des Analyseprozesses sind die Ergebnisse vertrauenswürdig.

Einschätzung der Evidenzlage

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6s Pyramide nach DiCenso et al. (2009).