

# **Umgang mit akut suizidalen Patienten**

Pflegeinterventionen für akut suizidale Patienten:  
Eine systematische Literaturübersicht

## **Bachelorarbeit**

Im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau FH

von

**Bettina Schmutz**  
Bachelor 2007-2010

Erstgutachter: Stefan Kunz

**Hochschule für Gesundheit Freiburg**  
Studiengang Pflege

5. Juli 2010

## Abstract

**Hintergrund:** Der Suizid ist weltweit ein bedeutendes Problem. Die Zahl der Suizide in der Schweiz ist sehr hoch. Es nehmen sich jährlich zwischen 1300 und 1400 Schweizer<sup>1</sup> das Leben. Menschen, welche ein psychisches Leiden haben, zeigen ein erhöhtes Suizidrisiko. Für die Pflege stellt die Behandlung von suizidalen Patienten deshalb eine wichtige Herausforderung dar. Trotz der Relevanz dieser Thematik scheinen Richtlinien für die Psychiatriepflege im Bereich Umgang mit suizidalen Patienten oft nur unklar oder sogar widersprüchlich zu sein. **Ziel:** Das Ziel beinhaltet praxisrelevante und klar definierte Interventionen zu formulieren, welche einen akut suizidalen Patienten auf einer stationären Akutstation wirksam unterstützen. **Methode:** Zur Erreichung des Ziels wird eine systematische Literaturübersicht zu der Thematik erarbeitet. Es erfolgte die Suche nach Forschungsarbeiten in verschiedenen Datenbanken. Anhand bestimmter Kriterien konnten zehn geeignete Studien einbezogen werden. **Ergebnisse:** In der Suizidpflege spielt die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Pflegefachperson eine bedeutende Rolle. Es wird eine Neuorientierung zu einem fürsorglichen Ansatz „Engagement und Hoffnung wecken“ angestrebt, um eine adäquate Pflege zu gewährleisten. Zudem kann die Schaffung eines geschützten Umfeldes die Reduktion von selbstzerstörerischem Verhalten gewährleistet werden. Eine wichtige Kompetenz einer qualifizierten Pflegefachperson ist die Kommunikation. **Schlussfolgerung:** Es ist von grosser Notwendigkeit, dass die Pflege auf diese relevante Thematik aufmerksam gemacht und sensibilisiert wird. Denn In psychiatrischen Institutionen sind Pflegefachpersonen ideale Personen, um suizidale Patienten adäquat zu pflegen, zu betreuen und zu unterstützen. Obwohl das Ziel erreicht werden konnte, besteht weiterhin der Forschungsbedarf zu dieser relevanten Thematik.

---

<sup>1</sup> Für alle genderspezifischen Begriffe, welche in der Arbeit verwendet werden, stehen stets für beide Geschlechter.

## **Danksagung**

Die Autorin möchte all denjenigen Personen, die sie während der Erstellung der Bachelorarbeit tatkräftig unterstützt haben, ihren grossen Dank aussprechen.

Die Autorin bedankt sich ganz herzlich bei Herrn Stefan Kunz, durch ihn hat die Autorin bei den ersten Schritten in die Forschungswelt eine kompetente und motivierende Begleitung erfahren.

Ausserdem richtet sich ein grosses Dankeschön an den Onkel der Autorin Herrn Andreas Flury, der sie durch das sorgfältige Durchlesen und Korrigieren der Arbeit unterstützte.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>8</b>
1.1. Problembeschreibung.....	8
1.2. Fragestellung.....	8
1.3. Begriffserklärungen .....	9
1.4. Ziele und Absichten .....	9
<b>2. Theoretischer Rahmen .....</b>	<b>11</b>
2.1. Suizidalität .....	11
2.2. Hildegard Peplau .....	13
<b>3. Methodologie .....</b>	<b>15</b>
3.1. Design .....	15
3.2. Ablauf der Literatursuche .....	15
3.2.1. Suchbegriffe und Suchkriterien .....	16
3.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien .....	16
3.2.3. Auswahl der Studien.....	17
3.3. Analyse.....	17
3.3.1. Kritische Beurteilung und Bewertung.....	17
3.4. Gütekriterien.....	18
3.4.1. Reliabilität.....	18
3.4.2. Validität.....	18
3.5. Ethische Überlegungen .....	19
<b>4. Ergebnisse .....</b>	<b>20</b>
4.1. Konstante Beobachtung .....	20
4.2. Non-Suizid-Verträge .....	22
4.3. Fürsorge und Unterstützung .....	23
4.4. Schützende Umgebung schaffen.....	24
4.5. Kommunikation.....	25
<b>5. Diskussion .....</b>	<b>26</b>
5.1. Konstante Beobachtung .....	26
5.2. Non-Suizid-Verträge .....	27
5.3. Fürsorge und Unterstützung .....	27

5.4.	Schützende Umgebung schaffen.....	28
5.5.	Kommunikation.....	29
<b>6.</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>30</b>
6.1.	Relevanz der Thematik für die Praxis.....	30
6.2.	Beantwortung der Fragestellung.....	30
6.3.	Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis .....	32
6.4.	Forschungsbedarf.....	32
6.5.	Kritische Würdigung der Arbeit.....	33
6.6.	Lernprozess.....	33
6.6.1.	Lernprozess zur Thematik.....	33
6.6.2.	Lernprozess zum methodischen Vorgehen und dem Forschungsprozess .....	34
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>35</b>
<b>8.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>38</b>
	Anhang A.....	38
	Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht .....	38
	Anhang B.....	39
	Suchprotokoll.....	39
	Anhang C .....	42
	Überblick über alle einbezogenen Studien .....	42
	Anhang D .....	43
	Beurteilungsraster für qualitative Studien .....	43
	Anhang E.....	61
	Beurteilungsraster für systematische Literaturübersicht .....	61
	Anhang F .....	64
	Beurteilungsraster für quantitative Studien .....	64
	Anhang G .....	77
	Punkteverteilung der drei Bewertungsskalen .....	77
	Anhang H .....	78
	Stufen der Evidenzhierarchie.....	78
	Anhang I.....	79
	Zusammenfassungen der ausgewählten Studien .....	79
	Anhang J .....	98
	Die sechs Schritte der EBN-Methode .....	98

Anhang K.....	99
Selbständigkeitserklärung.....	99

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht .....	38
Abb. 2: Die sechs Schritte der EBN-Methode .....	98

## **1. Einleitung**

Im folgenden Kapitel wird aufgezeigt, dass der Suizid weltweit ein grosses Problem darstellt. Daraus wurde eine pflegerelevante Fragestellung formuliert, sowie Ziele und Absichten dieser Arbeit beschrieben.

### **1.1. Problembeschreibung**

Der Suizid steht für die Selbsttötung eines Menschen. Sich selber töten, bedeutet dem eigenen Leben willentlich ein Ende zu setzen (Fuhrer & Widmer, 1997). Suizid selbst wird nicht als Krankheit oder Ausdruck einer Krankheit gesehen (Bundesamt für Gesundheit, 2005). Oft geschieht Suizid als Folge von psychischem Leiden (Meyer, 2008).

Der Suizid ist weltweit ein bedeutendes Problem. Neun von zehn Ländern mit den höchsten Suizidraten liegen in Europa (Weltgesundheitsorganisation, 2009). Jedes Jahr begehen ungefähr 150'000 Menschen in Europa Suizid (Weltgesundheitsorganisation, 2005). Die Zahl der Suizide in der Schweiz ist sehr hoch, im Durchschnitt suizidieren sich jährlich rund 1'000 Männer und 400 Frauen. Das bedeutet, dass sich Jahr für Jahr zwischen 1'300 und 1'400 Schweizer das Leben nehmen. Der Suizid gehört zu den häufigsten gewaltsamen Todesfällen. Bei den 15 bis 44-jährigen Männern ist es heutzutage die häufigste Todesursache überhaupt (BAG, 2005). Trotz einer leicht abnehmenden Tendenz der Suizide in der Schweiz ist der Anstieg bei jungen und älteren Menschen ab 65 Jahren auffallend (Meyer, 2008). Das Risiko, sich zu suizidieren, steigt mit zunehmendem Lebensalter. Aufgrund der demographischen Alterung ist mit grosser Wahrscheinlichkeit mit einer Zunahme der Suizide zu rechnen (BAG, 2005).

Für die Pflege stellt die Behandlung von suizidalen Patienten deshalb eine wichtige Herausforderung dar (NICE, 2007). In der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich haben die Suizide in den letzten Jahrzehnten signifikant und um ein Mehrfaches stärker zugenommen, als die Suizide in der Gesamtbevölkerung (Ernst, 2005). Menschen, welche ein psychisches Leiden haben, zeigen ein erhöhtes Suizidrisiko.

Trotz der Relevanz dieser Thematik scheinen Richtlinien für die Psychiatriepflege im Bereich Umgang mit suizidalen Patienten oft nur unklar oder sogar widersprüchlich zu sein (Cutcliffe, Stevenson, Jackson, Smith, 2006).

### **1.2. Fragestellung**

Aus der beschriebenen Problematik geht hervor, dass besonders in Psychiatrischen Einrichtungen die Suizide signifikant zugenommen haben, daher stellt sich folgende Forschungsfrage:



**„Welche pflegerischen Interventionen bieten einem akut suizidalen Patienten auf einer stationären psychiatrischen Akutstation die wirksamste Unterstützung?“**

### **1.3. Begriffserklärungen**

Um Verständnisproblemen vorzubeugen, werden relevante Begriffe in den folgenden Paragraphen definiert und erklärt:

#### **Suizidalität**

„Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln lassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf & Franke, 2006).

#### **Suizid**

Eine selbstverursachte beziehungsweise -veranlasste selbstschädigende Handlung, mit dem Ziel, tot zu sein (hoher Todeswunsch), im Wissen, mit der Erwartung oder in dem Glauben, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen.

Ausgang der Handlung ist der Tod des Handelnden (Wolfersdorf & Franke, 2006).

Als Synonym verwendet die Autorin die „Selbsttötung“. Die Begriffe „Freitod“ und „Selbstmord“ werden nicht mehr verwendet, da sie nicht der Realität von suizidalen Menschen entsprechen und eine unpassende Wertung erhalten (Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff, 2004; Wolfersdorf & Franke, 2006).

#### **Suizidversuch**

Eine selbstverursachte beziehungsweise -veranlasste selbstschädigende Handlung, mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens (Todeswunsch) etwas verändern zu wollen (kommunikative Bedeutung, Appell). Ausgang der Handlung: der Handelnde überlebt (Wolfersdorf & Franke, 2006).

### **1.4. Ziel und Absichten**

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist die Beantwortung der formulierten Fragestellung. Die Interventionen, welche einen akut suizidalen Patienten wirksam unterstützen, sollen klar definiert und praxisrelevant sein. Um dies zu erreichen verwendet die Autorin das Forschungsdesign der sys-

tematischen Literaturübersicht. Auf das besagte Forschungsdesign wird die Autorin im Teil Methodologie näher eingehen (siehe Kapitel 3).

Ebenso kann durch die Arbeit relevantes Wissen über die Thematik des Suizides angeeignet und Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen Anregung zur Diskussion sein und Pflegenden für Themen rund um die Betreuung und Unterstützung von akut suizidalen Patienten sensibilisieren.

Um die formulierte Fragestellung und ihre Ergebnisse in einen übergreifenden theoretischen Ansatz einbinden zu können und um einen grösseren Überblick über die Thematik des Suizides zu erhalten, folgt im nächsten Kapitel der Beschrieb des theoretischen Rahmens.

## **2. Theoretischer Rahmen**

Um ein besseres Verständnis zu schaffen, wird in diesem Abschnitt auf die Thematik der Suizidalität näher eingegangen. Des Weiteren wird die Theorie von Hildegard Peplau (2009) erläutert, welche auch zur Einbettung der Ergebnisse relevant sein wird.

### **2.1. Suizidalität**

Der Suizid ist eines der grössten Gesundheitsprobleme und bei psychisch erkrankten Menschen eine häufige Todesursache (Sauter et al., 2004). Suizidalität an sich gilt nicht als eine Erkrankung, tritt jedoch häufig in Verbindung mit psychischen Störungen auf. So liegt es im Bereich des Möglichen, dass die tiefe Hoffnungslosigkeit einer Depression, die wahnhafte Überzeugung vom Weltuntergang durch eigene Schuld, die Angst vor Desintegration der Persönlichkeit, der Verfolgungswahn in der paranoiden Psychose, oder die wechselhaften Gefühlsschwankungen im Rahmen einer emotional instabilen Beziehungsstörung zum Entschluss einer vorzeitigen Beendigung des eigenen Lebens durch Suizid führen kann. Jedoch auch beim psychisch gesunden Menschen können im Laufe des Lebens in belastenden Lebenssituationen (Verlusterlebnisse oder Krisensituationen) vorübergehend Todeswünsche und Suizidideen auftreten (Wolfersdorf & Franke, 2006). Somit findet suizidales Handeln meist im Kontext von schweren psychosozialen Krisen und vor dem Hintergrund psychischer Erkrankungen statt.

### **Risikogruppen und Merkmale**

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch suizidales Verhalten zeigt, ist bei einem gewissen Bevölkerungsanteil höher im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Solche betroffene Menschen (Risikogruppen) weisen bestimmte Merkmale auf (Sauter et al., 2004).

#### **Geschlecht**

Männer sind international 2,4 bis 8,6 Mal häufiger von Suizid betroffen als Frauen. Beim weiblichen Geschlecht treten vermehrt Suizidversuche auf (Sauter et al., 2004).

#### **Alter**

Die Häufigkeit von Suiziden nimmt im hohen Alter zu. Besonders Männer über 65 Jahren weisen das höchste Suizidrisiko auf. Von Frauen, welche Suizid begehen, ist jede Zweite über 60 Jahren alt. Bei vereinsamten betagten Menschen ist das Suizidrisiko gegenüber der Gesamtbevölkerung

um ein Vielfaches erhöht. Suizidversuche dagegen sind bei den 15 bis 30 Jahre alten Menschen weit verbreiteter als bei Betagten (Sauter et al., 2004).

### **Psychische Gesundheit**

Psychische Krankheiten erhöhen das Risiko von Suiziden. Besonders Psychiatriepatienten sind in der Zeit nach dem Austritt aus einer Klinik stark gefährdet. Das höchste Suizidrisiko liegt bei folgenden Krankheitsbildern vor: schwere Depression bzw. bipolare Psychosen, Schizophrenie und Suchterkrankungen. Suizidversuche sind bei neurotischen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen sowie bei Missbrauchsanamnesen häufiger (Sauter et al., 2004).

### **Frühere Suizidversuche**

Menschen, welche versucht haben, sich das Leben zu nehmen, gehören zu einer besonders risikoreichen Gruppe. 20% bis 30% der Betroffenen unternehmen in den nächsten zehn Jahren einen weiteren Versuch, 10% sterben in dieser Zeitspanne an einem vollzogenen Suizid (Sauter et al., 2004).

### **Suizidäusserungen/ -ankündigungen**

Bevor ein Mensch Suizid begeht, äussert er sein Vorhaben anderen Personen gegenüber (Sauter et al., 2004).

### **Körperliche Gesundheit**

Haben physische Krankheiten keine Aussicht auf Heilung oder ist ein letaler Ausgang in Kauf zu nehmen, besteht ein sehr hohes Suizidrisiko. Zu solchen Erkrankungen zählen zum Beispiel Lebererkrankungen, HIV, AIDS, Krebs und körperliche Behinderungen (zum Beispiel Querschnittslähmungen) (Sauter et al., 2004).

### **Soziale Merkmale**

Menschen, welche sich in Haft befinden oder arbeitslos sind, sowie Menschen, welche in einer Stadt leben, begehen häufiger Suizid als Menschen auf dem Land. Auch Personen in niedrigen Einkommensklassen beenden ihr Leben öfter vorzeitig (Sauter et al., 2004).

## **Gefühle**

Dazu gehören Menschen, die sich in einer belastenden Lebenssituation (Verlusterlebnisse oder Krisensituationen) befinden (Sauter et al., 2004).

## **Situative Faktoren im Rahmen psychiatrischer Behandlung**

- Therapie-, Therapeuten- und Stationswechsel, Verlegungen
- Verlust langjähriger Bezugspersonen (Pfleger, Angehörige, usw.)
- anhaltende oder immer wiederkehrende Krankheitssymptome, die durch Therapien nicht oder kaum beeinflusst werden
- kurzfristige Wiederaufnahmen
- Überforderung
- subjektiv oder objektiv gescheiterter Rehabilitationsversuch
- überstürzte, schlecht vorbereitete Entlassung (Sauter et al., 2004)

### **2.2. Hildegard Peplau**

Hildegard Peplau (2009) publizierte in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts einen wichtigen Beitrag für die Pflegepraxis, nämlich die Theorie des Zwischenmenschlichen.

Laut Peplau (2009) werden Pflegesituationen von verschiedenen Faktoren unterschiedlich stark beeinflusst. Die Pflege von Psychiatriepatienten spielt sich nahezu vollständig im Rahmen der Pflegeperson-Patientenbeziehung ab. Als Schlüsselfaktor kann die Interaktion zwischen Patient und Pflegefachperson identifiziert werden, bei der sich beide weiterentwickeln. Qualifizierte Pflege zu gewährleisten ist eine Sache der Kompetenz, wie die therapeutische Beziehung gestaltet wird. Bei einer Interaktion laufen Prozesse gesetzmässig und in Phasen ab. Peplau beschreibt vier Phasen der pflegerischen Beziehung: Orientierung, Identifikation, Nutzung und Ablösung. Diese sind vergleichbar mit der Entwicklung, die ein Mensch in seinem Leben durchläuft (Säuglings-, Kindheits-, Adoleszenten-, Erwachsenenphase). Mit der Orientierungsphase beginnt die pflegerische Beziehung, der Patient ist vollkommen abhängig. Zweck dieser Phase ist das Kennenlernen und der Vertrauensaufbau. In der zweiten Phase der Identifikationsphase lernt der Patient die Hilfeleistungen kennen. Er nimmt seinen Pflegebedarf, seine gesunden Ressourcen, die Situation und die Leistungsmöglichkeiten der Pflege wahr. In der Nutzungsphase sollte die vom Patient erkannte Hilfe nicht nur angenommen, sondern auch genutzt werden. Zudem werden die eigenen Kräfte und Möglichkeiten mobilisiert, um Lösungswege zu entwickeln. In der Ablösungsphase wird der Patient dann unabhängig. Er übernimmt selbst die Funktionen, welche vorher die Pflege ausgeführt hat. Zu den Interaktionsphasen sind Rollen definiert, welche die

Pflegefachpersonen je nach Phase einnehmen sollten. Das Modell von Peplau ist in seiner Grundstruktur linear aufgebaut, wobei sich die Phasen überlappen können. Die Verbindung der einzelnen Phasen entspricht der laufend notwendigen Informationssammlung.

Anhand dieser weiss das Pflegepersonal, ob der Patient die nächste Phase erreicht hat oder ob er sich bereits dort befindet (Hüsken, 1997).

In psychiatrischen Instituten haben Pflegende genügend Gelegenheiten, Beziehungen zu Patienten aufzubauen. Zur Gestaltung der Beziehung wird eine forschende wie erkundende Haltung empfohlen. Was bedeutet, dass die Führung eines Gespräches mit dem Patienten äusserst wichtig ist. Dabei ist massgebend, dass der Patient sich äussert, indem er spricht und beschreibt während die Pflegefachperson ihm zuhört und über das Gesagte nachdenkt, um später Ratschläge erteilen zu können (Peplau, 2009).

### **3. Methodologie**

Wie in der Einleitung erwähnt, verwendet die Autorin das Forschungsdesign der systematischen Literaturübersicht um ihre Fragestellung „Welche pflegerischen Interventionen bieten einem akut-suizidalen Patienten auf einer stationären psychiatrischen Akutstation die wirksamste Unterstützung?“ beantworten zu können. Im folgenden Kapitel wird das methodologische Vorgehen der Literatursuche genau erläutert, um die Vorgehensweise der systematischen Literaturübersicht nachvollziehen zu können. Die Autorin ist dabei nach den Schritten von Polit, Beck & Hungler (2004) vorgegangen. Um einen Überblick über den Ablauf des Forschungsprozesses zu erhalten, befindet sich im Anhang A eine schematische Darstellung.

#### **3.1. Design**

Im Rahmen dieser Arbeit wendet die Autorin das Design der systematischen Literaturübersicht an. Diese Methode eignet sich deshalb, weil sie der Sekundärliteratur angehört: Daten von bereits abgeschlossenen Studien werden übernommen und zusammengefasst, die Ergebnisse werden kombiniert, analysiert und daraus neue Ergebnisse abgeleitet. Somit entsteht eine Übersicht des aktuellen Forschungsstandes der Thematik (Behrens & Langer, 2006). Dadurch können neue Erkenntnisse gewonnen, sowie Interventionen für die Praxis vorgeschlagen werden. Zudem entspricht eine systematische Literaturübersicht dem höchsten Level der Forschungsevidenz (University of Westminster, 2010). In den folgenden Paragraphen wird der Ablauf des ersten Schrittes einer Literaturübersicht, nämlich die Literatursuche, beschrieben.

#### **3.2. Ablauf der Literatursuche**

Die Auswahl der Thematik lässt sich durch erste Erfahrungen in Psychiatrischen Kliniken mit suizidalen Patienten begründen, wobei das Interesse auf diesem Gebiet geweckt wurde. Um einen angemessenen Überblick über das Thema zu erhalten und dieses einzugrenzen, hat sich die Autorin im Vorfeld Fachliteratur in Form von Büchern und Fachartikeln verschafft und sich eingelesen. Zudem nahm die Autorin Kontakt zu zwei Experten im Psychiatrie-Bereich, welche einen Diplom-Pflegewirt (FH) und einen MNSc-Abschluss haben, auf. Die Experten waren der Autorin durch ein Praktikum in der Universitätsklinik Psychiatrie Bern (UPD) bekannt. Durch die erworbenen Informationen liess sich eine passende Fragestellung formulieren. Um die Forschungsfrage anhand von Resultaten aus wissenschaftlichen Publikationen beantworten zu können, begann die Suche in elektronischen Datenbanken (PubMed, CINAHL, PsychInfo und Google scholar). Stieß die Autorin in der Datenbank PubMed auf eine passende Studie, hat sie

die Funktion „Related Articles“ eingesetzt, um weitere ähnliche Studien aufzuspüren. Zusätzlich hat sie bei den bereits gefundenen Publikationen, im Literaturverzeichnis nach weiteren geeigneten Studien recherchiert, um anschliessend wieder in den Datenbanken zu suchen (Schneeballprinzip). Die Studiensuche dauerte von Ende November 2009 bis Mitte Mai 2010.

### **3.2.1. Suchbegriffe und Suchkriterien**

Um bei der Studiensuche möglichst einheitlich und systematisch vorzugehen, wurden in allen oben genannten elektronischen Datenbanken dieselben Suchbegriffe (in englischer Sprache) verwendet. Bei der Auswahl der Suchbegriffe erhielt die Autorin Unterstützung von einem Dozenten der Fachhochschule Gesundheit Freiburg mit einem PhD-Abschluss. Dazu ist im Anhang B der genaue Suchvorgang dargelegt, in den Tabellen werden jedoch nur diejenigen Begriffe aufgeführt, zu welchen auch geeignete Studien gefunden werden konnten. In der Datenbank PubMed und CINAHL wurde die Funktion „Limits“ verwendet, um die Suche einzugrenzen. Dabei suchte die Autorin nur nach Studien, welche einen Abstract enthielten. Ebenfalls wurde nur nach deutsch- oder englischsprachigen Publikationen aus den letzten fünfzehn Jahren recherchiert.

### **3.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien**

Um die Suche nach geeigneter Fachliteratur in den Datenbanken zu optimieren wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien für alle Abstracts festgelegt:

- Studien, welche auf ein spezifisches Krankheitsbild fokussierten, wurden ausgeschlossen.
- Es wurden nur Arbeiten integriert, welche die Thematik bei Erwachsenen (ab 16 Jahren) untersuchten.
- Nur Studien aus psychiatrischen Bereichen wurden eingeschlossen. Studien in somatischen Allgemeinspitälern sowie Pflege- und Altersheimen wurden nicht mit einbezogen.
- Es wurden nur Forschungsarbeiten, welche in den letzten fünfzehn Jahren publiziert wurden, einbezogen.
- Auch Literaturübersichten zum Thema wurden mit einbezogen. Laut der „University of York“ ist dies möglich, wenn ein Mangel an Primärstudien vorliegt (University of York, 2009). In dieser Arbeit war dies der Fall.



### **3.2.3. Auswahl der Studien**

Nachdem die Autorin die Suche nach den oben genannten Kriterien beendet hatte, wurden die Titel und Abstracts der Studien sorgfältig gelesen und kritisch beurteilt. Enthielten die Abstracts eine Antwort auf die zu Beginn gestellte Forschungsfrage, wurde die Studie einbezogen. Die ausgewählten Studien wurden bei easypresto bestellt oder direkt ausgedruckt (zutreffend für Datenbank CINAHL).

Die Anzahl der gefundenen Studien belief sich auf zwölf. Neun davon sind vom Design her qualitativ, zwei quantitativ und eine Studie ist eine systematische Literaturübersicht. Eine Übersicht über alle einbezogenen Studien befindet sich im Anhang C. Im nächsten Schritt wurden alle Studien betreffend ihrer Qualität beurteilt. Dieser Vorgang wird im nächsten Kapitel beschrieben.

## **3.3. Analyse**

Im folgenden Abschnitt werden die kritische Beurteilung und Bewertung der Literatur aufgezeigt.

### **3.3.1. Kritische Beurteilung und Bewertung**

Alle bestellten und ausgedruckten Studien wurden vollständig durchgelesen und zusammengefasst. Eine (quantitative) Studie (Bowers, Gournay, Duffy, 2000) wurden während dem Durchlesen verworfen und somit ausgeschlossen. Der Abstract dieser Studie schien zur Beantwortung der Fragestellung beizutragen, nach dem vollständigen Durchlesen stellte sich jedoch heraus, dass dies nicht der Fall war. Die elf übrig gebliebenen Studien wurden weiter, je nach Design, anhand eines spezifischen Rasters kritisch beurteilt. Für die qualitativen Forschungsarbeiten wurde das Raster von Behrens & Langer (2004) verwendet (Anhang D). Dieses enthält zwölf Kriterien. Die Autorin vergab pro Kriterium einen Punkt. Die Schlussauswertung der Studie musste mindestens ein Punktetotal von 8 (= Note 4) ergeben, damit die Studie in die Literaturübersicht einbezogen wurde. Die quantitativen Studien wurden mit dem Beurteilungsraster von LoBiondo-Wood & Haber (2005) bewertet (Anhang F). Es können maximal 14 Punkte erlangt werden, davon müssen 9.5 erreicht werden, um die Note 4 zu erhalten. Zur Beurteilung der systematischen Literaturübersicht wurde das Raster von Behrens & Langer (2004) eingesetzt, welcher zwölf Kriterien aufweist (Anhang E). Dementsprechend sollte ein Punktestand von 8 erreicht werden, um den Einschluss zu gewähren. Im Anhang G befinden sich die drei Bewertungsskalen der Punkteverteilung. Zehn Studien erreichten eine Mindestnote von 4 und konnten somit in die Literaturübersicht einbezogen werden. Die Beurteilungen der Studien wurden ausführlich festgehalten,

damit die Bewertung und Punkteverteilung nachvollzogen werden kann. Nun folgt die Beschreibung der Gütekriterien der vorliegenden Arbeit.

### **3.4. Gütekriterien**

„Gütekriterien sind Massstäbe, die entwickelt wurden, um die Qualität von Forschung bestimmen zu können. Sie geben darüber Auskunft, ob die Art und Weise, wie die Forschungsergebnisse zu Stande gekommen sind, wissenschaftlich korrekt war“ (Mayer, 2007, S. 77). Die Reliabilität und Validität werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

#### **3.4.1. Reliabilität**

Reliabilität bedeutet, „inwieweit ein Messinstrument bei wiederholten Messungen die gleichen Ergebnisse anzeigt“ (LoBiondo-Wood & Haber, 2005, S. 513). Die Literaturrecherche wurde so aufgezeigt, dass sich bei einer erneuten Durchführung dieser Studie dieselben oder ähnliche Ergebnisse zeigen würden. Die Autorin ist zur Erstellung dieser Forschungsarbeit systematisch vorgegangen, was ein wichtiges Merkmal für eine gute Reliabilität einer Literaturübersicht darstellt. Zudem erhielt die Autorin bei der Auswahl der englischen Suchbegriffe Hilfe von einem Dozenten der Fachhochschule Gesundheit Freiburg mit einem PhD-Abschluss.

#### **3.4.2. Validität**

Nach LoBiondo-Wood & Haber (2005) zeigt die Validität an, ob ein Messinstrument genau das misst, was es messen soll. Um das zu gewährleisten, ist die Autorin zur Erstellung der vorliegenden Arbeit genau nach den Schritten von Polit, Beck & Hungler (2004) vorgegangen. Aufgrund dessen, dass die Datensammlung nur durch eine Person erfolgte, ist es nicht auszuschließen, dass wichtige Literatur übersehen wurde. Ein wichtiges Kriterium von Validität ist die Reliabilität. Deshalb können alle Schritte, welche die Autorin unternommen hat, um die Reliabilität zu verbessern, gleichzeitig als Beitrag zur Verbesserung der Validität angesehen werden.

Es muss aber beachtet werden, dass die Auswahl sowie Bewertung der Studien nur durch eine Person, die Autorin der Arbeit, statt gefunden hat. Durch das Einbeziehen einer weiteren Person wäre die Reliabilität der Arbeit besser gewährleistet gewesen. Im nächsten Paragraphen folgen die ethischen Überlegungen, welche sich die Autorin während der Arbeit gemacht hat.

### **3.5. Ethische Überlegungen**

Wissenschaftliche Forschung, welche sich mit Menschen beschäftigt, wirft immer auch ethische Fragen auf. Dabei erwähnt Mayer (2007) zwei bedeutende Hauptaspekte: Erstens müssen die Rechte der Teilnehmer, insbesondere die der Patienten geschützt werden. Zweitens ist darauf acht zu geben, dass Forschungsmethoden nach bestem Wissen korrekt angewendet werden. Auf den vier Grundprinzipien der Ethik (Autonomie, Gutes-Tun, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit) lassen sich die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes (Umfassende Information und freiwillige Zustimmung, Anonymität und Schutz der Einzelnen vor Schäden), ableiten (Mayer, 2007). Die Autorin hat daher alle einbezogenen Studien daraufhin untersucht, ob die ethischen Richtlinien eingehalten wurden. Obwohl drei Studien zu den ethischen Grundlagen nichts berichteten, geht die Autorin davon aus, dass diese in den Forschungsarbeiten berücksichtigt wurden. Nachdem die Autorin den Forschungsprozess aufgezeigt und erläutert hat, folgt nun die Darlegung der Ergebnisse, welche anschliessend die Grundlage für die Diskussion bilden.

## 4. Ergebnisse

Anhand der Analyse der Studien wurden die Ergebnisse von der Autorin in fünf Interventionsthemen eingeteilt: Konstante Beobachtung, Non-Suizid-Verträge, Fürsorge & Unterstützung, Schützende Umgebung schaffen und Kommunikation. Im Anhang I befinden sich zusammengefasst alle einbezogenen Studien.

### 4.1. Konstante Beobachtung

Die konstante Beobachtung oder auch engmaschige Überwachung ist eine weit verbreitete Intervention, um suizidale Patienten zu schützen (Cutcliffe & Barker, 2002). Vier qualitative Studien (Cleary, Jordan, Mazoudier, Delaney, 1999; Fletcher, 1999; Pitula & Cardell, 1996; Vrale & Steen, 2005) und eine Literaturreview (Cutcliffe & Barker, 2002) haben diese Thematik untersucht.

Vrale und Steen (2005) beschreiben, wie erfahrene Pflegefachpersonen bei der konstanten Überwachung von suizidalen Patienten arbeiten. Dabei gliedern sie die Beobachtung in drei Phasen: 1. Entscheidung treffen, ob beziehungsweise dass eine Überwachung nötig ist und den Patienten informieren 2. Ausführen der Überwachung und 3. Beenden der Überwachung. In der 1. Phase wird von der Pflege eine Risikoeinschätzung gemacht sowie ein Eindruck über das Gesamtbild des Patienten gewonnen, um dann zu entscheiden, ob konstante Beobachtung nötig ist oder nicht. Im Übergang zur nächsten Phase wird die Entscheidung dem Patient mitgeteilt und schriftlich festgehalten. Die konstante Überwachung wird in der 2. Phase eingeführt. Dabei stehen zwei Hauptaspekte im Vordergrund: Die Kontrolle der Sicherheit und die therapeutische Beziehung. Unter ständiger Beobachtung kann die Sicherheit des Patienten gewährleistet werden, was jedoch zu einer Verletzung der Privatsphäre führen kann. Bevor eine konstante Beobachtung aufgehoben wird, wird zusammen mit dem Patienten in der zweiten Übergangsphase eine neue Suizideinschätzung vorgenommen, sowie die therapeutische Beziehung reflektiert, um das weitere Vorgehen bei der Überwachung, nämlich regelmässige Kontrollen, zu planen.

Die drei Organisationsphasen sind sowohl voraussehbar und wie zugleich flexibel, was eine dynamische Beziehung ergibt. Das bedeutet, dass die Aufgaben der Pflege in den Phasen immer gleich bleiben, wie lange ein Patient jedoch in einer Phase verweilt, ist jedoch ungewiss. Um die Sicherheit gewährleisten zu können ist die engmaschige Überwachung notwendig, sie greift jedoch zwangsläufig in die Privatsphäre des Patienten ein. Trotzdem ist eine solche enge Betreuung eine gute Gelegenheit eine therapeutische Beziehung aufzubauen.

Pitula und Cardell (1996) beschreiben in ihrer Studie die Erfahrungen von stationären Patienten bei konstanter Überwachung. Die Patienten erfahren ein Gefühl der Sicherheit bei der blossen

Anwesenheit einer Pflegefachperson. Aufgrund der engmaschigen Betreuung kann im Falle einer selbstzerstörerischen Impulsreaktion jemand eingreifen. Die Patienten beschreiben ebenfalls negative Faktoren der konstanten Beobachtung. Fehlt die Wechselwirkung in einer therapeutischen Beziehung oder wird das Gefühl vermittelt ein Gefangener oder eine Last zu sein, kann dies zu peinlichen Gefühlen des Patienten führen. Die krasse Einschränkung der Privatsphäre wurde von allen Studienteilnehmern als schwer erträglich und phasenweise unerträglich beschrieben. Die negativen Gefühle traten vermehrt bei ausgebildetem Personal auf. Bei den Laien erhielten die Teilnehmer mehr Intimsphäre. Diese waren im Bezug auf Ablenkung und Freizeitgestaltung der Patienten offenbar auch viel engagierter.

Durch die Kontrolle der Patienten wird der Versuch, Schaden abzuwenden, gemäss der Studie von Fletcher (1999), als Freiheitsbeschränkung wahrgenommen. Das Wahren von Distanz um den Patienten frei Raum zu gewähren, wird von diesen oft als Weigerung empfunden, über Gefühle zu sprechen. Zwangsmassnahmen werden als meist autoritär wahrgenommen und der Einsatz von Medikamenten wird von den Patienten häufig als Versuch interpretiert, sie durch chemische Substanzen ruhigzustellen. Bei der konstanten Überwachung handelt es sich um den traditionellen Weg. Solche engmaschigen Bertreuungen ist für die Pflege eine belastende Aufgabe. Sie tragen die Verantwortung und fühlen sich im Falle eines vollzogenen Suizides niedergeschlagen und schlecht. Auch Cleary et al. (1999) betont die Konsequenzen einer engmaschigen Betreuung für die Pflege. Die Tätigkeit wird als ermüdend, anstrengend, aufreibend und belastend erlebt. Weiter wurden Ängste um die eigene Sicherheit bei der Betreuung von aggressiven oder impulsiven Patienten geäußert.

In der Review von Cutcliffe und Barker (2002) wird die engmaschige Überwachung in Frage gestellt, da der Nutzen empirisch nicht belegt wird. Es ist die Regel, dass Ärzte eine Beobachtung verordnen und die Pflegefachpersonen diese dann ausführen. Dabei wird eine solch belastende Aufgabe als unangenehm und mühselig empfunden. Was die Sicherheit und der Effekt von Beobachtung anbelangen, so dient der therapeutische Wert eher dem Arzt als Beruhigung und Absicherung. Pflegefachpersonen bezeichnen diese Intervention als schwach, aufgrund dessen das 20-33% der Suizide in psychiatrischen Einrichtungen unter konstanter Beobachtung stattfinden. Viele Patienten fühlen sich durch diese Massnahme weder unterstützt noch sicher. Die Pflege, welche die beobachtende Tätigkeit ausführt, wird von den Patienten häufig als Wächter wahrgenommen. Es findet oft keine Fürsorge während dieser Intervention statt, was bedeutet, dass das eigentliche Problem der suizidalen Person nicht angegangen wird. Ebenfalls wird die konstante Beobachtung nicht selten von schlecht ausgebildetem, temporär arbeitendem Personal ausgeführt, wobei es zu viele Wechsel gibt, was dieser bedeutenden Aufgabe nicht gerecht wird.

## 4.2. Non-Suizid-Verträge

Non-Suizid-Verträge sind weit verbreitet, obwohl sie in ihrer Wirkung nicht wissenschaftlich belegt sind. Page und King (2008) haben in ihrer quantitativen Studie eine retrospektive Befragung durchgeführt um festzustellen, in welchem Ausmaß Non-Suizid-Verträge wahrgenommen und von Therapeuten gebraucht werden, sowie in welcher Form diese Verträge ausgeführt werden. Von 524 verschickten Umfragen mit 20 multiple-choice- und offenen Fragen, wurden 312 ausgefüllt zurückgesandt. 82,9% der Studienteilnehmer wandten den Non-Suizid-Vertrag an. Therapeuten aus nicht-medizinischen Bereichen wandten sie häufiger an als diejenigen aus medizinischen Bereichen. 84,2% dieser Verträge werden mündlich abgeschlossen. Bezüglich des Umgangs mit Non-Suizid-Verträgen hatten überraschenderweise lediglich 57% der Befragten eine Schulung absolviert. Trotz der Verwendung eines Non-Suizid-Vertrages hatten 31,4% die Erfahrung gemacht, dass Patienten einen Suizidversuch unternommen oder einen Suizid vollzogen hatten. Nach einem Vertragsablauf begingen 12,9% Suizid oder versuchten sich zu suizidieren. Die Wirksamkeit des Non-Suizid-Vertrages ist fragwürdig, da nur wenig publizierte Studien vorliegen, die zeigen könnten, dass die Anzahl der Suizide reduziert wird. Trotzdem denken 50% der befragten Teilnehmer, dass die Verträge das Suizidrisiko senken, die restlichen 50% sind jedoch der Ansicht, dass die Verträge eher die „Angst“ des Personals reduziert.

Auch Drew (2001) untersuchte anhand eines quantitativen Designs wie Non-Suizid-Verträge die Wahrscheinlichkeit von selbstschädigendem Verhalten und Suizid in psychiatrischen stationären Einrichtungen beeinflussen. Von den 577 Patienten, welche an der Studie teilnahmen, haben 33% einen Non-Suizid-Vertrag abgeschlossen, 72% davon fanden mündlich mit einer Pflegefachperson statt. Von allen Studienteilnehmern zeigten 31 Patienten während dem Aufenthalt selbstverletzendes Verhalten. 14 dieser Patienten hatten die Absicht einen Suizid zu begehen. Während des Aufenthaltes hatte der Kontakt mit der Pflegefachperson einen positiven Effekt. Je länger eine therapeutische Beziehung bestand, desto geringer war die Wahrscheinlichkeit von selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten. Die Wirkung des Non-Suizid-Vertrags auf das Verhalten der Patienten hinsichtlich einer Reduktion von Selbstverletzungen oder suizidales Verhalten ist nicht nachweisbar. Im Gegenteil bei einigen Patienten kamen Suizidgedanken vermehrt vor, wenn sie einen Vertrag abgeschlossen hatten. Die Selbstverletzungsgefahr ist bei Patienten mit Non-Suizid-Vertrag fünf Mal höher, als bei Patienten, welche keinen Vertrag abgeschlossen hatten. Drew (2001) bestätigt ebenfalls, dass die Effektivität der Non-Suizid-Verträge um Selbstverletzungen oder suizidales Verhalten präventiv entgegenzuwirken, wissenschaftlich nicht nachgewiesen ist. Es besteht ein Forschungsbedarf bezüglich der Wirksamkeit von Non-Suizid-

Verträgen. Drew (2001) spricht die Empfehlung aus, den Effekt einer therapeutischen Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient näher zu untersuchen.

#### **4.3. Fürsorge und Unterstützung**

Das Engagement einer Pflegefachperson beinhaltet eine Mensch zu Mensch Beziehung aufzubauen, Akzeptanz vermitteln, Toleranz entgegenbringen, Zuhören und Verstehen und einem suizidalen Patienten wieder Hoffnung zu wecken (Cutcliffe & Barker, 2002). Zu diesem fürsorglichen Ansatz haben sieben Studien (Cleary et al., 1999; Cutcliffe & Barker, 2002; Cutcliffe, Stevenson, Jackson & Smith, 2007; Fletcher, 1999, Pitula & Cardell, 1996; Sun, Long, Boore & Tsao, 2006; Vrale & Steen, 2005) Vorschläge unterbreitet, in welcher Form suizidale Patienten Fürsorge und Unterstützung benötigen.

In einer qualitativen Studie haben Cutcliffe et al. (2007) untersucht wie, wenn überhaupt, Pflegefachpersonen suizidalen Patienten helfen können eine „zum Tod,“ orientierte Lebenseinstellung zu einer „zum Leben“ orientierte Lebenseinstellung zu bewegen. Dazu entwickelten sie ein Modell, welches einen drei stufigen Prozess der Genesung beinhaltet und den Patienten mit dem „Mensch-Sein“ wiederzuverbinden. Die erste Stufe besteht darin ein Bild des „Mensch-Seins“ widerzuspiegeln. In dieser Phase erlebt der Patient intensiv einen warmen Mensch zu Mensch Kontakt. Die Pflegefachperson baut eine Beziehung zu dem Patienten auf. Sie vermittelt dem Patienten das jemand da ist, der zuhört, der versucht ihn und seine Situation zu verstehen ohne dabei bewertend zu sein. In der zweiten Phase wird der Mensch zurück zum „Mensch-Sein“ geführt. Der Patient lernt offen zu sprechen, er fühlt sich verstanden und gewinnt wertvolle neue Erkenntnisse. Dabei unterstützt und stärkt die Pflegefachperson die präsuizidalen Überzeugungen und Erfahrungen. In der letzten und dritten Phase lernt der Patient mit seinen Problemen zu leben. Das Ziel ist, dass sich der Patient hoffnungsvoll und wiederverbunden mit dem „Mensch-Sein“ fühlt und sein Beziehungsnetz wieder aufbaut. Er ist in der Lage sich Krisen in der Vergangenheit, in der Gegenwart und in der Zukunft zu stellen und sich anzupassen. Um dies zu erreichen, hilft und unterstützt die Pflegefachperson dem Patienten dabei, einen Überblick über seine Lebenssituation zu gewinnen und weist ihn auf die existentielle Bedeutung des Suizides hin.

Fletcher (1999) erläutert therapeutische Massnahmen welche aus der Perspektive der Patienten und der Pflegefachpersonen wahrgenommen werden. Während die Pflege das Ausdrücken von Gedanken und Gefühlen zu erleichtern anstrebt, wird vom Patienten lediglich das Gespräch über Gefühle aufgefasst. Die Pflege lässt den Patienten gewähren und unterstützt ihn, indem sie sich etwas zurück zieht um ihm Raum zu lassen. Vom Patienten werden die körperliche Fürsorge, der soziale Small-talk und die Freizeitgestaltung wahrgenommen, nicht aber, dass die Pflegefachper-

son bewusst ruhig dasitzt und sich zurück nimmt. Zudem wird das Ziel verfolgt, Probleme mit dem Patienten gemeinsam anzugehen, Selbstwertgefühl aufzubauen und Respekt entgegenzubringen. Ebenso sollen die Patienten ihren Gefühlen freien Lauf lassen- und Aufmerksamkeit geschenkt bekommen. Dies soll ihr Wohlbefinden fördern und Hoffnung in ihnen wecken. Das Wiederherstellen von Hoffnung ist laut Pitula und Cardell (1996) ein Hauptaspekt aus der Sicht der Patienten. Durch die Unterstützung der Pflege können die Patienten im Glauben ermutigt werden, ihre Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit zu überwinden. Cutcliffe und Barker (2002) haben in ihrer Review eruiert, dass das Wecken von Hoffnung auf subtile Art unbemerkt und unbewusst für den Patienten stattfinden muss, um die Wirkung nicht zu verfehlen. Um dies zu gewährleisten muss eine therapeutische Beziehung aufgebaut werden. Es wurden von Vrale und Steen (2005) vier Aspekte beschrieben, welche zum Aufbau einer solchen Beziehung ausschlaggebend sind: 1. Interesse und Fürsorge zeigen, 2. den Kontakt anbieten, 3. wichtige Dinge einbeziehen und 4. Hoffnung schaffen. Cleary et al. (1999) beschreibt eine solche Beziehung als emphatisch, ehrlich, taktvoll und mitfühlend. Konfrontationen sollten vermieden werden. Der Patient kann motiviert werden über Gefühle und Ängste zu sprechen. Laut Sun et al. (2006) existieren fördernde und hemmende Faktoren welche die Qualität einer therapeutischen Beziehung beeinflussen. Hemmende Faktoren sind: Negative Einstellung und Überzeugung der Pflegefachperson in Form einer wertenden Haltung. Barrieren der Pflege wie zum Beispiel Zeitdruck oder die Machtlosigkeit der Pflege und die negativen Gedanken und Gefühle der Patienten gegenüber der Pflege. Als fördernde Faktoren werden die positiven Einstellungen und Überzeugungen der Pflegefachperson in Form einer nicht-wertenden Haltung sowie diversen Unterstützungssystemen bezeichnet. Unterstützung können Familie und Angehörige sein, sowie geistigen Ursprung haben wie die Religion, innere Stärken und Ressourcen. Cleary et al. (1999) beschreiben positive Erlebnisse und Erfolge in der Vergangenheit als Unterstützung zur Entwicklung von Copingstrategien.

#### **4.4. Schützende Umgebung schaffen**

Sun et al. (2006) entwickelten eine inhaltliche Theorie über die Erfahrung und den Prozess der Suizidpflege auf psychiatrischen Stationen. Dabei wurde besonders der Kontext der psychiatrischen Stationsumgebung hervorgehoben. Die Station sollte eine schützende Umgebung für den Patienten sein, denn ein geschütztes Umfeld reduziert selbstzerrstörisches Verhalten. Fünf Konzepte werden von Sun et al. (2006) beschrieben um eine sichere Umgebung zu schaffen. Die Umgebung sollte geschlossen und ruhig sein. Auf der Station sollte ein Schutzraum vorhanden sein. Die Pflege soll die Verwaltung von gefährlichen Gegenständen übernehmen. Zwischen-



menschliche Interaktionen zwischen Patient und Pflege sowie mit Mitpatienten finden statt. Auch Cleary et al. (1999) beschreiben in ihrer Studie aus der Sichtweise von Pflegefachpersonen, um die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten ist die Schaffung eines guten Umfeldes von großer Bedeutung.

#### **4.5. Kommunikation**

Was die Kompetenzen einer qualifizierten Pflegefachperson bei der Betreuung von suizidalen Patienten betrifft, so wird in der qualitativen Studie von McLaughlin (1999) eindeutig die Kommunikation als die wichtigste erachtet. Trotz dieser Aussage konnten nur 20% eine verbale Strategie im Zusammenhang mit der Betreuung von suizidalen Patienten benennen. Es war nur ein Teilnehmer in der Lage alle Strategien aufzuzählen. Als ebenso wichtig wurde mit 75% die nonverbale Kommunikation empfunden. Betreffend Kommunikation erhielten 95% eine Schulung in der Grundausbildung, aber 35% davon können sich nicht mehr an die Inhalte erinnern. Die Frage, ob die Pflegefachpersonen die erlernten kommunikativen Fähigkeiten beim Patienten bewusst anwenden, wurde wie folgt beantwortet: 45% antworteten mit ja, 35% mit nein und 15% gaben an, sie unbewusst anzuwenden. Bei der Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen stuften sich 9 der Teilnehmer bei der nonverbalen Kommunikation als überdurchschnittlich qualifiziert ein, die restlichen elf Personen schätzten sich als mittelmäßig kompetent ein. Demgegenüber schätzten sich die gleichen Teilnehmer hinsichtlich der kommunikativen Fähigkeiten als nicht-überdurchschnittlich ein. 90% fanden, dass sie ihre kommunikativen Fähigkeiten verbessern könnten. 70% sagten aus, wenn kommunikative Fähigkeiten gefördert würden, könnte ihre Arbeitsqualität verbessert werden. Um die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu optimieren wurden Kurse, mehr Vermittlung von Theorie, Rollenspiele und vermehrte Feedbacks von Teamkollegen genannt. In der Literaturübersicht von Cutcliffe und Barker (2002) wurde von den Patienten ausgesagt, dass während der konstanten Überwachung zwischen der Pflege, welche diese Tätigkeit ausführt und dem Patienten keine Gespräche stattgefunden haben.

## 5. Diskussion

Nachdem die dargelegten Ergebnisse aufgezeigt wurden, folgt nun der Diskussionsteil. Dieses Kapitel ist in derselben Reihenfolge und in dieselben Interventionsgruppen gegliedert, wie Kapitel 4. Nach Beurteilungen und Resultaten gewichtet.

### 5.1. Konstante Beobachtung

Fünf Forschungsarbeiten haben sich mit den Auswirkungen der weit verbreiteten Intervention „konstante Beobachtung“ oder auch „engmaschige Überwachung“ befasst. Vier der Studien haben ein qualitatives Design und befinden sich somit auf Stufe drei der Hierarchie von Forschungsevidenz im Zusammenhang mit Ursache-Wirkungsfragen (Anhang H). Vrale und Steen (2005) beschreiben, dass unter ständiger Beobachtung die Sicherheit des Patienten gewährleistet wird. Aus der Sicht der Patienten bestätigen Pitula und Cardell (1996) diese Aussage, die Patienten erfahren ein Gefühl der Sicherheit bei der blossen Anwesenheit einer Pflegefachperson. In ihrer Literaturübersicht kommen Cutcliffe und Barker (2002) zum Schluss, dass sich Patienten durch dieselbe Massnahme weder unterstützt noch sicher gefühlt zu haben. Die Evidenzstufe einer Literaturübersicht gilt als hoch, die wissenschaftliche Qualität der Studie von Cutcliffe und Barker (2002) konnte jedoch anhand des Beurteilungsrasters von Behrens und Langer (2004) lediglich als „befriedigend“ eingestuft werden. Es ist nicht klar ersichtlich, wie die Autoren vorgegangen sind. Das methodische Vorgehen wurde nicht beschrieben. In der Studie von Fletcher (1999), die eine befriedigende Bewertung von der Autorin erhielt, wird die konstante Beobachtung von den Patienten als Freiheitsbeschränkung wahrgenommen. Auch die Studienteilnehmer von Pitula und Cardell (1996) und Vrale und Steen (2005) beschreiben eine Verletzung sowie Einschränkung der Privatsphäre von Patienten. Gemäss der Studie von Cleary et al. (1999), bei der die wissenschaftliche Qualität als befriedigend galt, sowie laut Cutcliffe und Barker (2002) und Fletcher (1999) ist die engmaschige Betreuung zudem für die Pflege eine belastende Aufgabe, die als ermüdend, anstrengend, aufreibend und belastend erlebt wird. Auch Ängste um die eigene Sicherheit bei der Betreuung von aggressiven oder impulsiven Patienten wurden erwähnt. Vrale und Steen (2005) betonten die Wichtigkeit des Aufbaus einer therapeutischen Beziehung. Pitula und Cardell (1996) unterstützten diese Ansicht. Fehlt die Wechselwirkung in einer therapeutischen Beziehung oder wird der Eindruck vermittelt ein Gefangener oder eine Last zu sein, kann dies Schamgefühle bei den Patienten verursachen. Fletcher (1999) erläutert, dass das Halten von Distanz um den Patienten frei Raum zu gewähren, oft vom Patienten als Weigerung empfunden wird, über Gefühle zu sprechen.

## **5.2. Non-Suizid-Verträge**

Drew (2001) und Page und King (2008) haben den Nutzen und die Wirkung von Non-Suizid-Verträgen untersucht. Beide haben festgestellt, dass die Verträge weit verbreitet sind, obwohl die Wirkung auf das Verhalten der Patienten hinsichtlich einer Reduktion von Selbstverletzungen oder suizidalem Verhalten wissenschaftlich nicht nachgewiesen ist. Drew (2001) belegt, dass die Selbstverletzungsgefahr bei Patienten mit Non-Suizid-Vertrag fünf Mal höher ist, als bei Patienten, welche keinen Vertrag abgeschlossen haben. Page und King (2008) untermauern diese Aussage in ihrer Studie und berichten, dass trotz der Verwendung eines Non-Suizid-Vertrages 31,4% der behandelten Patienten einen Suizidversuch unternommen oder einen Suizid vollzogen hätten. Nach einem Vertragsablauf begingen 12,9% Suizid oder versuchten sich zu suizidieren. Da die Studien die Beantwortung von Ursache-Wirkungsfragen gut beantworten, befinden sie sich auf einer höheren Evidenzstufe. Die wissenschaftliche Qualität ist von der Autorin als gut bis sehr gut eingestuft worden. Drew (2001) hat die Empfehlung gemacht den Effekt einer therapeutischen Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient näher zu untersuchen. Während des Aufenthaltes hatte der Kontakt mit der Pflegefachperson einen positiven Effekt gezeigt. Je länger eine therapeutische Beziehung bestand, desto geringer war die Wahrscheinlichkeit von selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten.

## **5.3. Fürsorge und Unterstützung**

Studien haben die Wichtigkeit einer fürsorglichen und unterstützenden Pflege bei suizidalen Patienten aufgezeigt. Cleary et al. (1999), Cutcliffe und Barker (2002), Cutcliffe et al. (2007), Fletcher (1999), Pitula und Cardell (1996), Sun et al. (2006) und Vrale und Steen (2005) haben Vorschläge unterbreitet in welcher Form suizidale Patienten Fürsorge und Unterstützung benötigen. Dem Wiederherstellen oder dem Wecken von Hoffnung haben Cutcliffe und Barker (2002), Fletcher (1999), Pitula und Cardell (1996) und Vrale und Steen (2005) grosse Bedeutung zugeschrieben. Die Ergebnisse der Studien müssen hier gewichtet werden, da sie sich im Bezug auf die wissenschaftlichen Qualitäten unterscheiden. Die Literaturübersicht von Cutcliffe und Barker (2002) weist eine hohe Beweiskraft auf, die wissenschaftliche Qualität ist von der Autorin anhand des Rasters von Behrens und Langer (2004) lediglich als befriedigend eingeschätzt worden. Für die Autorin ist das methodische Vorgehen der Literatursuche nicht nachzuvollziehen. Cutcliffe und Barker (2002) empfehlen den Blickwinkel vom Ansatz „Beobachtungen“ zum fürsorglichen Ansatz „Engagement und Hoffnung wecken“ zu verändern. Die Ergebnisse von Pitula und Cardell (1996) welche darlegen, dass durch die Unterstützung der Pflege die Patienten im Glauben ermutigt werden können, ihre Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit zu überwinden, können

wissenschaftlich belegt werden. Die Bewertung der qualitativen Studie (offene Interviews, Phänomenologie) ist gut ausgefallen. Die Studien von Vrale und Steen (2005) und Fletcher (1999) welche ein qualitatives Design vorweisen, erhielten von der Autorin eine befriedigende Beurteilung. Aufgrund der niedrigen Stichproben ( $n=5$  und  $n=16$ ) können die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden. Zudem stützen sich die Ergebnisse von Vrale und Steen (2005) nur auf die Aussagen von Pflegefachpersonen, die Sichtweise der Patienten wurde nicht berücksichtigt. Cutcliffe et al. (2007), Cleary et al. (1999) und Sun et al. (2006) empfehlen verschiedene weitere Interventionen, wie zum Beispiel die Unterstützung von präsuizidalen positiven Erlebnissen und Erfolgen in der Vergangenheit, als Hilfe zur Entwicklung von Coping Strategien. Die Ergebnisse von Sun et al. (2006) sind wissenschaftlich sehr gut belegt, da die Einschätzung der qualitativen Studie ausgezeichnet ausgefallen ist. Laut der Studie kann Unterstützung durch Familie und Angehörige gefördert werden oder auch einen geistigen Ursprung haben (Religion, innere Stärken und Ressourcen). Trotz der niedrigen Teilnehmerzahl ( $n=30$ ), gilt die Studie als die stärkste qualitative Forschungsarbeit. Anhand des Beurteilungsrasters von Behrens und Langer (2004) wird die wissenschaftliche Qualität von Cleary et al. (1999) von der Autorin als befriedigend bewertet. Die qualitative Studie hat bezüglich der Interventionen nur die Sichtweise der Pflege einbezogen. Zudem wird bei der Datensammlung die Ausführung und Präzisierung bemängelt. Die Resultate von Cutcliffe et al. (2007) welche ein drei Phasen-Modell entwickelt haben, dass den suizidalen Patienten wieder mit dem Mensch-Sein verbinden soll, sind durch eine befriedigende Beurteilung wissenschaftlich belegt worden.

#### **5.4. Schützende Umgebung schaffen**

Zwei Studien (Cleary et al., 1999; Sun et al., 2006) betonen die Wichtigkeit einer geschützten Stationsumgebung für suizidale Patienten. Cleary et al. (1999) und Sun et al. (2006) beschreiben, dass durch die Schaffung einer sicheren Umgebung selbsterstörerisches Verhalten reduziert und somit die Sicherheit des Patienten gewährleistet wird. Während Cleary et al. (1999) nur oberflächlich bleiben, empfehlen Sun et al. (2006) fünf konkrete Konzepte um eine solche Umgebung zu gestalten. Dementsprechend fiel die wissenschaftliche Qualität bei der Beurteilung der qualitativen Studie (offene Interviews, Grounded Theory) ausgezeichnet aus, so dass die Empfehlungen wissenschaftlich belegt werden können. Nur die Stichprobengröße ( $n=30$ ) ist gering ausgefallen, somit können die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden. Die explorative qualitative Studie mit dem kombinierten Design einer Inhaltsanalyse und Grounded Theory von Cleary et al. (1999) bewertete die Autorin anhand des Beurteilungsrasters von Behrens und Langer (2004) die Qualität als befriedigend. Die Datensammlung wurde für die Autorin nicht ausführlich und präzise

beschrieben, zudem wurde nur die Sichtweise der Pflegefachpersonen erfasst. Das Design einer qualitativen Studie befindet sich auf der dritten Stufe der Evidenzhierarchie. Daher hält sich die Beweiskraft von beiden Studien zwecks Beantwortung von Ursache-Wirkungsfragen aber in Grenzen.

### **5.5. Kommunikation**

Zwei Studien haben sich mit dem Thema der Kommunikation befasst. Während sich die Studie von McLaughlin (1999) ausführlich mit der Thematik auseinandergesetzt hat, leistet die Literaturübersicht von Cutcliffe und Barker (2002) nur einen kleinen Beitrag. Laut McLaughlin (1999) wird die Kommunikation bei der Betreuung von suizidalen Patienten eindeutig als die wichtigste Kompetenz einer qualifizierten Pflegefachperson erachtet. Trotz dieser Feststellung wurden die kommunikativen Fähigkeiten der befragten Pflegefachpersonen eher als schwach bewertet. Die Bewertung der qualitativen Studie (halbstrukturierte Interviews, Inhaltsanalyse) bezüglich der Qualität, wurde nach einer ausführlichen Analyse von der Autorin anhand des Beurteilungsrasters von Behrens und Langer (2004) als gut bewertet. Die Beweiskraft betreffend der Beantwortung von Ursache-Wirkungsfragen (qualitativen Studie) ist hingegen wiederum eher schwach (Evidenzlevel befindet sich auf der Stufe drei). In der Literaturübersicht von Cutcliffe und Barker (2002) wurde festgestellt, dass während der konstanten Überwachung zwischen der Pflege und dem Patienten keine Gespräche stattgefunden hatten. Trotz der hohen Evidenzstufe einer Literaturübersicht, ist die wissenschaftliche Qualität dieser Studie, wie oben bereits erwähnt, lediglich als „genügend“ eingestuft worden. Für die Autorin war es nicht nachvollziehbar inwieweit die Autoren der Review systematisch vorgegangen sind.

## **6. Schlussfolgerungen**

Nachdem die Ergebnisse diskutiert wurden, folgt nun der letzte Teil der Arbeit. Zuerst wird die Relevanz der Thematik für die Praxis aufgezeigt, anschliessend findet die Beantwortung der zu Beginn gestellten Fragestellung statt. Folgend werden Empfehlungen anhand einer Theorie für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis abgegeben. Danach wird die kritische Würdigung der Arbeit aufgezeigt, sowie den Lernprozess der Autorin dargelegt.

### **6.1. Relevanz der Thematik für die Praxis**

Die Pflege von akut suizidalen Patienten, stellt Pflegefachpersonen vor eine grosse Herausforderung. In psychiatrischen Institutionen sind Pflegefachpersonen ideal, um suizidale Patienten zu pflegen, zu betreuen und zu unterstützen. Um sich einer solchen wichtigen Aufgabe anzunehmen und adäquat auszuführen, benötigen Pflegefachpersonen eine gewisse Kompetenz. Diese Kompetenz kann durch Fachwissen, in Form von Weiterbildungen und Interventionen, erlangt werden. Es ist von grosser Notwendigkeit, dass die Pflege auf diese relevante Thematik aufmerksam gemacht und sensibilisiert wird.

### **6.2. Beantwortung der Fragestellung**

„Welche pflegerischen Interventionen bieten einem akut suizidalen Patienten auf einer stationären psychiatrischen Akutstation die wirksamste Unterstützung?“

Die Pflege von Psychiatriepatienten spielt sich nahezu vollständig im Rahmen der Pflegeperson-Patientenbeziehung ab. Als Schlüsselfaktor kann die Interaktion zwischen Patient und Pflegefachperson identifiziert werden, bei der sich beide weiterentwickeln. Qualifizierte Pflege zu gewährleisten ist eine Sache der Kompetenz, wie die therapeutische Beziehung gestaltet wird. Das Endziel einer Beziehung ist, den Patienten in die letzte Phase der Interaktion (der Ablösung nach einer Krise) zu begleiten (Peplau, 2009). Dass die therapeutische Beziehung in der Pflege von suizidalen Patienten eine wichtige Rolle spielt, möchte die Autorin evidenzbasiert durch die vorliegende Literaturübersicht verdeutlichen. Die Mehrheit der Studien weisen vom Evidenzlevel und der wissenschaftlichen Qualität her keine signifikanten Resultate auf. Die Autorin empfiehlt für die Praxis, aufgrund ihres aktuellen Wissenstandes, pflegerische Massnahmen, welche auf den besten Studien der vorliegenden Arbeit basieren. Aufgrund der hohen Beweiskraft einer systematischen Literaturübersicht, empfiehlt die Autorin den Blickwinkel vom Ansatz „Beobachtungen“ zum fürsorglichen Ansatz „Engagement und Hoffnung wecken“ zu verändern (Cutcliffe & Barker, 2002). Das Engagement einer Pflegefachperson beinhaltet eine Mensch-zu-Mensch-Beziehung

aufzubauen, Akzeptanz zu vermitteln, Toleranz entgegenzubringen, Zuhören und Verstehen und einem suizidalen Patienten wieder Hoffnung zu wecken. Cutcliffe und Barker (2002) betonen, dass die Anwendung dieses Ansatzes zu einem deutlichen Rückgang von selbstverletzendem Verhalten und einer markanten Abnahme von Aggression und Gewalt führt. Dieser therapeutische Ansatz plädiert explizit auf die therapeutische Beziehung von Pflegefachperson und Patient, was die Theorie von Peplau (2009) bestärkt. Daher hat sich dieser Ansatz bewährt und verlangt deshalb, in der Pflege von suizidalen Patienten einer Neuorientierung in Richtung von Fürsorge und Unterstützung anzustreben. Diese pflegerische Massnahme wird nicht nur von der Autorin unterstützt, auch von Pitula und Cardell (1996), sowie Sun et al. (2006), welche unter den Studien die beste wissenschaftliche Qualität vorweisen, unterstreichen diese Aussage.

Eine weitere Intervention, um den suizidalen Patienten wirksam zu unterstützen, scheint die Schaffung eines geschützten Umfeldes zu sein. Sun et al. (2006) erläutern, dass die Reduktion von selbstzerstörerischem Verhalten somit gewährleistet werden kann. Es werden fünf konkrete Konzepte beschrieben, um für suizidale Patienten eine sichere Umgebung zu gestalten. Die Station sollte geschlossen und ruhig sein und dazu sollte ein Schutzraum zur Verfügung gestellt werden. Die Pflege soll die Verwaltung von gefährlichen Gegenständen übernehmen. Zwischenmenschliche Interaktionen zwischen Patient und Pflege, sowie mit Mitpatienten finden statt. Die Autorin befürwortet die beschriebenen Konzepte, da sie qualitativ gesehen von der aussagekräftigsten Studie gemacht wurden und weil auch diese Intervention den Schlüsselfaktor die Interaktion beinhaltet. Die Kommunikation scheint in der Betreuung suizidaler Patienten eine weitere wichtige Massnahme zu sein, um einen Patienten adäquat zu unterstützen. Diese Annahme wird von der qualitativen Forschungsarbeit von McLaughlin (1999), welche bezüglich der Qualität unter die vier besten beurteilten Studien gehört, bestätigt. Obwohl die wichtigste Kompetenz einer qualifizierten Pflegefachperson die Kommunikation sein soll, fielen in der Studie die kommunikativen Fähigkeiten der befragten Pflegefachpersonen sehr schwach aus. Aufgrund dieser Aussage, würde die Autorin Weiterbildungen im Bereich der Kommunikation dringendst empfehlen. Zudem empfiehlt die Autorin die Ergebnisse der Studien von Drew (2001) und Page & King (2008), welche eine hohe Evidenz sowie gute bis sehr gute Qualität aufweisen. Da sich die Non-Suizid-Verträge nicht bewährt haben, ist der Bedarf an weiteren Forschungen angebracht.

Im folgenden Paraph folgt nun anhand einer Theorie die Empfehlung, wie die dargelegten Ergebnisse in die Praxis implementiert werden können.

### **6.3. Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis**

Damit die dargelegten Ergebnisse in der Praxis angewendet werden können, bedingt es, dass die Pflegefachpersonen über ein gewisses Fachwissen verfügen. Um dies zu gewährleisten, würde die Autorin die Empfehlung abgeben, das notwendige Wissen über die Thematik, anhand der sechs Schritte der Evidence-based Nursing (EBN) Methode, zu implementieren (Behrens & Langer, 2004). Die sechs Schritte sind anhand eines Modells im Anhang J dargestellt.

Die ersten vier Schritte beinhalten die Aufgabenklärung, Fragestellung, Literaturrecherche und kritische Beurteilung und wurden von der Autorin anhand der vorliegenden Arbeit bereits durchgeführt. Im fünften Schritt werden die Ergebnisse in Zusammenarbeit mit einer Abteilung einer Klinik implementiert (Implementierung und Adaptation). Bezüglich der behandelten Thematik bevorzugt die Autorin eine psychiatrische Station, welche suizidale Patienten betreut. Um das erlangte Wissen dieser Thematik zu vermitteln, würde die Autorin die Durchführung von Fort- und Weiterbildungen empfehlen. Dazu bietet die vorliegende Literaturübersicht folgende Inhalte:

- Wissen bezüglich Risikofaktoren
- Umgebungsgestaltung
- Kommunikative Strategien
- Unterstützungsmassnahmen während der Betreuung eines suizidalen Patienten
- Unterstützungsmassnahmen nach einem vollzogenen Suizid

Um festzustellen, ob die Fort- und Weiterbildungen die erhoffte Wirkung zeigen, wird diese nach einer gewissen Zeit anhand von Fragebögen oder Interviews erfasst und ausgewertet (Evaluation). Haben sich die Ergebnisse bewährt, indem suizidale Patienten eine wirksame Unterstützung erhalten, so sind die Resultate praxisrelevant. Somit können die Fort- und Weiterbildungen in weiteren psychiatrischen Kliniken eingeführt werden. Zeigen die Ergebnisse jedoch nicht die erwünschte Wirkung, so muss eine erneute systematische Literaturübersicht durchgeführt werden, um neues Wissen bezüglich der Thematik zu mobilisieren (Behrens & Langer, 2004).

### **6.4. Forschungsbedarf**

Der aktuelle Stand der Forschungsliteratur über die Thematik des Suizides sowie die Wirksamkeit von Interventionen ist sehr gering. Zudem existieren grösstenteils qualitative Studien, welche nur kleine Stichproben aufweisen, womit die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können. Deshalb braucht es zukünftig weitere Forschungen dieser Thematik, welche die Wirksamkeit der



Pflegeinterventionen überprüft, um aussagekräftige Resultate zu erhalten. Die bis anhin vorgeschlagenen Interventionen könnten durch eine Interventions- und Kontrollgruppe getestet werden, um die Beweiskraft zu optimieren. Somit soll wissenschaftlich belegt werden, dass wirksame Interventionen suizidalen Patienten eine optimale Unterstützung bieten.

### **6.5. Kritische Würdigung der Arbeit**

Das Ziel der systematischen Literaturübersicht, die Beantwortung der zu Beginn formulierten Forschungsfrage, wurde erreicht. Obwohl die Mehrheit der Studien vom Evidenzlevel und von der wissenschaftlichen Qualität her nicht optimal waren, konnten von der Autorin Empfehlungen abgeleitet werden. Da die Thematik des Suizides bis anhin limitiert wissenschaftlich erwiesene Forschungsarbeiten vorgewiesen hat, konnte die Autorin nur eine begrenzte Anzahl von Studien in die Literaturübersicht mit einbeziehen. Trotzdem kann die Autorin keine Garantie geben, alle relevanten Studien gefunden zu haben. Eine erneute Recherche würde diese Lücke verringern, was jedoch den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde. Weiter ist zu berücksichtigen, dass alle gefundenen Studien auf Englisch verfasst wurden. Da die Muttersprache der Autorin Deutsch ist, kann sie für keine fehlerfreien Übersetzungen garantieren. Inhaltlich kritisiert die Autorin, einige Studien in der Literaturübersicht, welche häufig, ausschliesslich die Sichtweisen von Pflegefachpersonen berücksichtigten.

### **6.6. Lernprozess**

Für die Autorin war das Verfassen der vorliegenden Bachelorarbeit ein erster Schritt in die Welt der Pflegeforschung. Dabei durchlief sie einen Lernprozess der die Thematik, sowie den Forschungsprozess und das methodische Vorgehen beinhaltet.

#### **6.6.1. Lernprozess zur Thematik**

Die Autorin verfügte zu Beginn dieser Arbeit über ein geringes Wissen über den Suizid. Durch praktische Erfahrungen in psychiatrischen Instituten wurde die Autorin mit dem Phänomen Suizid vertraut gemacht, wobei sich das Interesse für diese relevante Thematik entwickelte. Anhand der Erarbeitung der Bachelorarbeit konnten neue Erkenntnisse der Interventionen gewonnen werden. Eine besonders neue Bereicherung für die Autorin war das Berücksichtigen des Erlebens und der Sichtweise von Patienten bezüglich der Interventionen. Dieser Blickwinkel erachtet die Autorin für die Betreuung und Pflege von suizidalen Patienten als sehr bedeutend und kann die Kompetenz einer Pflegefachperson bereichern.

### **6.6.2. Lernprozess zum methodischen Vorgehen und dem Forschungsprozess**

Für die Autorin war die Erstellung einer systematischen Literaturübersicht ihr erster Versuch in der Pflegeforschung. Durch die Erstellung der Bachelorarbeit erhielt die Autorin die Gelegenheit ihr erworbenes theoretisches Wissen in die Praxis umzusetzen.

Die gezielte Suche auf den elektronischen Datenbanken verlief zu Beginn etwas holprig, mit der Zeit machte sich die Autorin mit den Suchstrategien vertraut. Das Durchlesen der gefundenen Studien erweiterten nicht nur die Englischkenntnisse der Autorin, auch das Analysieren und kritische Beurteilen von wissenschaftlichen Texten hat sich optimiert.

## 7. Literaturverzeichnis

- Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Bern: Hans Huber.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring*. Bern: Huber.
- Bowers, L., Gournay, K. & Duffy, D. (2000). Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. *Journal of advanced Nursing*, 32 (2), 437-444.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2005). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)*.
- Cleary, M., Jordan, R., Mazoudier, P. & Delaney, J. (1999). Suicidal patients and special observation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6 (6), 461–467.
- Cutcliffe, J. R. & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9 (5), 611–621.
- Cutcliffe, J. R., Stevenson, C., Jackson, S. & Smith, P. (2006). A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *Int J Nurs Stud*, 43 (7), 791-802.
- Cutcliffe, J. R., Stevenson, C., Jackson, S. & Smith, P. (2007). Reconnecting the Person with Humanity: How Psychiatric Nurses Work with Suicidal People. *Crisis*, 28 (4), 207–210.
- Drew, B. L. (2001). Self-Harm Behavior and No-Suicide Contracting in Psychiatric Inpatient Settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15 (3), 99-106.
- Duffy, D. (1995). Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric inpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (5), 944–950.
- Ernst, K. (2005). Die Zunahme der Suizide in den Psychiatrischen Kliniken, Tatsachen, Ursachen, Prävention. *Sozial- und Präventivmedizin*, 24 (1), 34-37.
- Fletcher, R. F. (1999). The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6 (1), 9–14.
- Fuhrer, S. & Widmer, R. (1997). *Aspekte suizidaler Handlungen in westlichen Gesellschaften*. [Website]. Verfügbar unter: <http://socio.ch/health/suizid02.htm#1> [Zugriff am 12 Mai 2009].
- Hüsken, W.S. (1997). Peplau: Krankheit als Lernchance. *Krankenpflege* 3, 21-22.

- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- McLaughlin, C. (1999). An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patient care for suicidal patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1042–1051.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung kennenlernen* (4. akt. Aufl.). Wien: Facultas.
- Meyer, K. (Hrsg.). (2008). *Gesundheit in der Schweiz, Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Gesundheitsobservatorium: Hans Huber.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *NHS Clinical Guideline 23*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk> [Zugriff am 14 Januar 2009].
- Page, S. A. & King, M. C. (2008). No-suicide agreements: Current practices and opinions in a Canadian Urban health region. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (3), 169–176.
- Peplau, H. E. (2009). *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege*. Bern: Huber.
- Pitula, C. R. & Cardell, C. (1996). Suicidal Inpatients' Experience of Constant Observation. *Psychiatric Services*, 47 (6), 649–651.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Huber.
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (2004). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Huber.
- Sun, F. K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L. I. (2006). Patients and nurses' perception of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing* 15 (1), 83–92.
- University of Westminster. (2010). *Research*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.wmin.ac.uk/page-7925> [Zugriff am 15. Juni 2010].
- University of York. (2009). *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.york.ac.uk/> [Zugriff am 15. Juni 2010].
- Vrale, G. B. & Steen, E. (2005). The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (5), 513–518.

Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2009). *The challenges for mental health in Europe*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/mentalhealth> [Zugriff am 24 März 2009].

Weltgesundheitsorganisation, Europa [WHO]. (2005). *Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/document/mnh/gmnhqa.pdf> [Zugriff am 24 März 2009].

Wolfersdorf, M. & Franke, C. (2006). *Suizidalität - Suizid und Suizidprävention*. *Fortschr Neurol Psychiat*, 74, 400-419.

## 8. Anhang

### Anhang A

#### Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht

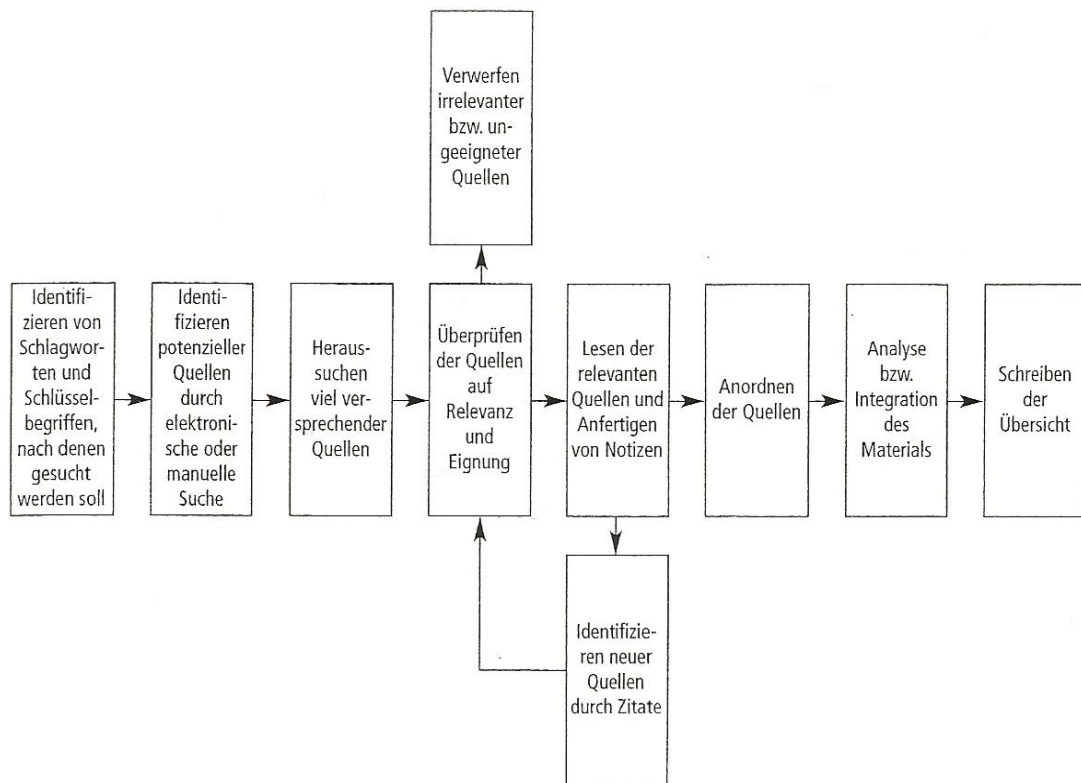


Abb. 1: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht

(Polit et al., 2004, S. 145)

**Anhang B**

**Suchprotokoll**

In der Datenbank PsychInfo konnte keine geeignete Studie gefunden werden. Oftmals wurden Studien, welche zuerst auf PubMed gesichtet wurden, auf CINHALL wieder gefunden. Die Autorin hat deshalb nur den Suchvorgang in PubMed aufgezeigt.

**Google scholar**

In der elektronischen Datenbank Google scholar wurde mit folgenden Begriffen relevante Studien gefunden:

Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer	Relevante Studien
1. constant observation of suicidal patient	at least summaries, since 1995	16`900 (es wurden nur die ersten 10 Seiten durchgeschaut)	Fletcher, R. F. (1999)  Pitula, C. R. & Cardell, C. (1996)  Duffy, D. (1995)  <i>Cutcliffe, J.R. &amp; Barker, P. (2002)</i>  Bowers, L., Gournay, K. & Duffy, D. (2000)  Sun, F.K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L. I. (2006)

## PubMed

In der elektronischen Datenbank PubMed konnte zu der Thematik mit folgenden Begriffen geeignete Studie gefunden werden:

Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer	Relevante Studien	Related Articles
1. suicide management	only items with abstracts, Humans, English, German, Nursing journals, Published in the last 10 years.	192	Sun, F.K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L. I. (2006)	<i>McLaughlin, C. (1999)</i>  Cleary, M., Jordan, R., Mazoudier, P. & Delaney, J. (1999)
	only items with abstracts, Humans, English, German, Nursing journals, Published in the last 10 years	192	<b>Cutcliffe, J. R., Stevenson, C., Jackson, S. &amp; Smith, P. (2006)</b>	Cutcliffe, J.R., Stevenson, C., Jackson, S.& Smith, P. (2007)  Related: Cutcliffe, J.R. & Barker, P. (2002)  Vrale, G. B & Steen, E. (2005)
2. assessment and treatment of suicidal patient	only items with abstracts, Humans, English, German, Nursing journals, published in the last 10 years	33	Drew, B. L. (2001)	Bowers, L., Gournay, K. & Duffy, D. (2000)  <i>Duffy, D. (1995)</i>
3. constant observation of suicidal patient		11	Vrale, G. B & Steen, E. (2005)  Pitula, R. C. &	



			Cardell, C. (1996)  Fletcher, R. F. (1999)	
4. no-suicide agreements		7	Page, S. A. & King, M. C. (2008)	

Alle zwölf gefundenen Studien werden aufgezeigt. Der Autor, welcher in der Tabelle fettgedruckt geschriebene wurde, diente nur als Überleitung zu den „Related Articles“. Die kursiv geschriebenen Autoren wurden während dem vollständigen Durchlesen verworfen oder erhielten bei der Beurteilung der Qualität eine ungenügende Note.

## Anhang C

### Überblick über alle einbezogenen Studien

Autor/en & Jahr	Titel	Design
Cleary, M., Jordan, R., Mazoudier, P. & Delaney, J. (1999)	Suicidal patients and special observation	Qualitative Studie
Cutcliffe, J. R. & Barker, P. (2002)	Considering the care of the suicidal client and the case for „engagement and inspiring hope” or “observations”	Literaturübersicht
Cutcliffe, J. R., Stevenson, C., Jackson, S. & Smith, P. (2007)	Reconnecting the Person with Humanity: How Psychiatric Nurses Work with Suicidal People	Qualitative Studie
Drew, B. L. (2001)	Self-Harm Behavior and No-Suicide contracting in Psychiatric Inpatient Settings	Quantitative Studie
Fletcher, R. F. (1999)	The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients	Qualitative Studie
McLaughlin, C. (1999)	An exploration of psychiatric nurses` and patients` opinions regarding in-patient care for suicidal patients	Qualitative Studie
Page, S. A. & King, M. C. (2008)	No-suicide agreements: Current practices and opinions in a Canadian Urban health region	Quantitative Studie
Pitula, C. R. & Cardell, C. (1996)	Suicidal Inpatients` Experience of Constant Observation	Qualitative Studie
Sun, F. K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L. I. (2006)	Patients and nurses perception of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients	Qualitative Studie
Vrale, G. B. & Steen, E. (2005)	The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation	Qualitative Studie

Anhang D

Beurteilungsraster für qualitative Studien

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Forschungsfrage in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

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

Wie erfolgte die Auswahl?

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

Auch die Perspektive des Forschers?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Matrix, Themen? Verschiedene Herangehensweisen?

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung bis zur Darstellung von Themen (ausgewählt) Zielset?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konstanz im Forschungsprozess? Validierung durch Teilnehmer?

Anwendbarkeit

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

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

<http://www.austlii.edu.au/au/other/australlii/other/philip/16-31/>

V 1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004). *Qualitative Sozialforschung*. Hans Huber, Bern.

(Behrens & Langer, 2004)

Cleary, M., Jordan, R., Mazoudier, P. & Delaney, J. (1999). Suicidal patients and special observation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6 (6), 461–467.

---

**Forschungsfrage:** Welche Sichtweise haben Pflegefachpersonen im Bezug auf ihre Rolle während sie Patienten unter konstanter Beobachtung halten?

---

### **Glaubwürdigkeit**

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?*

Es wurde keine präzise Fragestellung formuliert. Das Ziel wurde jedoch so ausführlich beschrieben, dass sich die Forschungsfrage ohne weiteres eindeutig davon ableiten lässt. **(1 P)**

2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?*

Die Daten wurden anhand einer thematischen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dieser Ansatz beinhaltet eine Kombination von qualitativer Inhaltsanalyse und Grounded Theory. Die Autoren der Studie gaben keine konkrete Begründung zur Wahl des Designs an. **(1 P)**

3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?*

Zu Beginn der Studie wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Forscher zeigen diverse Fachliteratur zum Thema Suizid auf, somit haben sie sich mit dem Forschungsfeld vorab vertraut gemacht. **(1 P)**

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

Die zehn Studienteilnehmer eignen sich gut, um eine Antwort auf die gestellte Forschungsfrage geben zu können. Es wurden nur registrierte Pflegefachpersonen aus vier verschiedenen Akutstationen per Zufall ausgewählt. Die Auswahl der Teilnehmer wurde nicht begründet. **(1 P)**

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

Weder die Teilnehmer noch ihr Umfeld wurden näher beschrieben. Die Forscher wurden in ihrer Funktion ausreichend beschrieben. **(0,5 P)**

6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?*

Die grundsätzliche Vorgehensweise bei der Datensammlung wurde von den Forschern aufgezeigt. Es wurden halbstrukturierte Interviews verwendet. Es besteht jedoch ein Mangel bei der Beschreibung der Ausführung und Präzisierung. Die genaue Erfassung der Daten wurde zu wenig konkret dargelegt. **(0 P)**

7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?*

Das Material wurde anhand einer thematischen Inhaltsanalyse analysiert. Dieser Ansatz ist kombiniert mit einer qualitativen Inhaltsanalyse und der Grounded Theory. Durch die Kodierung der Daten liessen sich diverse Kategorien identifizieren. **(1 P)**

8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?*

Dazu wird nichts berichtet. **(0 P)**

### **Aussagekraft**

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?*

Aus der Analyse entstanden neun relevante Themen: 1. Sicherheit, 2. Therapeutische Beziehung, 3. Unterstützung von Pflegefachperson und Patient, 4. Konsequenzen von engmaschiger

Überwachung für Pflegefachpersonen, 5. Kontinuität der versorgenden Pflege, 6. Peer-support, 7. Suizidindikatoren, 8. Verantwortung und Rechte von Pflegefachperson und Patient, 9. Pflegefachpersonen, Ärzte und Spitalhierarchie. Diese neun Bereiche wurden sehr ausführlich und verständlich beschrieben. Um die Ergebnisse besser zu veranschaulichen wurden Zitate aus den Interviews aufgeführt. **(1 P)**

*10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?*

Im Kapitel der Diskussion wurden die Ergebnisse anhand der einschlägigen Literatur bestätigt. Ebenfalls kann die Autorin von einem Konsens im Forscherteam ausgehen, da keine Unstimmigkeiten erwähnt wurden. **(1 P)**

### **Anwendbarkeit**

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

Diese Studie hat aufgezeigt wie belastend und aufreibend eine solche engmaschige Betreuung für Pflegefachpersonen sein kann. Solchen belastenden Aufgaben sollte eine grössere Bedeutung zugeschrieben werden. Diese Ergebnisse verhelfen auf jeden Fall dazu ein besseres Verständnis für die Studienteilnehmer zu haben. **(1 P)**

*12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?*

Konkrete Anwendungen werden im Artikel nicht erwähnt. Es werden jedoch Verbesserungsvorschläge von den Pflegefachpersonen gemacht im Bezug die Tatsache, dass die konstante Beobachtung eine erhebliche Belastung für das Personal darstellt. Die Vorschläge sind klar und realistisch in ihrer Umsetzung und können somit angewendet werden. Frisch Diplomierte Pflegefachpersonen sollten bei einer solch herausfordernden Aufgabe mehr Unterstützung erhalten. Ebenso werden Supervisionen sowie Feedbacks von Teammitgliedern als sehr positiv empfunden. Ein weiterer Vorschlag wäre die Situation nachdem sich ein Patient trotz einer engmaschigen Betreuung suizidiert hat zu verbessern. Ausführliche Gespräche im Sinne einer Fallbesprechung sowie persönliche Gespräche fehlen um solch schwierige Momente zu verarbeiten. **(1 P)**

### **Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 9 Punkte (von 12 möglichen). Einen halben Punkt Abzug bei der Frage 5 und je einen ganzen Punkt Abzug bei den Fragen 6 & 8. In der Studie wurde die Sichtweise der Patienten nicht erfasst. Zudem ist die Datensammlung sehr schwach erläutert worden. Weitere Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen. Die wissenschaftliche Qualität fällt befriedigend aus, dies entspricht einer Note von 4,5.

**Forschungsfrage:** Wie, wenn überhaupt, können Pflegefachpersonen suizidalen Patienten helfen eine „zum Tod“ orientierte Lebenseinstellung zu einer „zum Leben“ orientierte Einstellung bewegen?

---

### Glaubwürdigkeit

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?*

Die Autoren haben die Fragestellung klar und präzise formuliert. Obwohl es offensichtlich ist, dass Pflegefachpersonen bei der Bahnadlung von suizidalen Patienten einen wichtigen Beitrag leisten, existieren keine Erkenntnisse aus der einschlägigen Forschung wie eine erfolgreiche Pflege gestaltet werden sollte. Dem Wortlaut des Titels, welcher bereits eine Antwort auf die Forschungsfrage gibt, ist zu entnehmen, dass die Fragestellung relevant und passend ist. **(1 P)**

2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?*

Für die Studie wurde das Design der Grounded Theory verwendet. Die Autoren untersuchen den Wandel der Lebenseinstellung von suizidalen Patienten, was bedeutet, dass versucht wird, einen Prozess zu erfassen und zu verstehen. Ebenso wird die Emotionslage der Teilnehmenden beschrieben. Deshalb ist dieses Design das richtige und erweist sich als geeignet, um die Forschungsfrage zu beantworten. **(1 P)**

3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?*

Vor Beginn der Erarbeitung der Studie haben sich die Autoren mit dem Forschungsfeld vertraut gemacht. Sie weisen auf das Fehlen von wissenschaftlich geprüften Richtlinien für die Pflege von suizidalen Patienten hin, trotz der Tatsache, dass Pflegepersonen für die Betreuung unabdingbar sind. Ebenso beschreiben sie einen Mangel an Literatur zu diesem Thema. **(1 P)**

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

Es wurden zielgerichtet 20 Patienten ausgewählt, welche einen ernsthaften Suizidversuch hinter sich haben und in Betreuung von Pflegefachpersonen sind. Die Auswahl der Teilnehmer wurde nicht näher begründet. **(0,5 P)**

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

Weder die Teilnehmer und ihr Umfeld noch die Autoren wurden näher beschrieben. **(0 P)**

6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?*

Die Datensammlung wurde ausführlich beschrieben. Sie wurden mittels halbstrukturierten Interviews, welche jeweils zwischen ein und zwei Stunden dauerten mit einem Tonband erfasst und transkribiert. Die Autoren haben die Interviewfragen in der Studie aufgelistet. **(1 P)**

7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?*

Der Prozess der Datenerhebung und der Datenanalyse wurden gleichzeitig und iterativ durchgeführt, was bedeutet, dass die Daten ausgewertet und die Fragen der Interviews fortlaufend den Ergebnissen angepasst wurden, d.h. die Analyse erfolgte anhand von Codes. **(1 P)**

8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?*

Die Datensammlung wurde fortgeführt bis keine neuen Informationen von den Teilnehmern zu gewinnen war. Die Theorie darf als begrifflich korrekt gelten, enthält keine überflüssigen Elemente und vermag eine forschungsrelevante Aussage zu machen. **(1 P)**

**Aussagekraft**

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?*

Die Ergebnisse wurden schematisch anhand eines Modells dargestellt. Das Modell ist einfach, nachvollziehbar und verschafft einen guten Überblick. Die Kern-Variable der Interview-Aussagen wurde abgeleitet unter dem Konzept der „Wiederverbindung des Menschen mit der Menschlichkeit“. Diesem Titel ist ein dreistufiger Prozess der Genesung untergeordnet: 1. Ein Bild der Menschlichkeit widerspiegeln, 2. Den Einzelnen zurück zur Menschlichkeit führen und 3. Lernen mit seinen Problemen zu leben. Alle drei Kategorien wurden ausführlich und genau beschrieben. Nirgends in der Studie sind Zitate der Teilnehmer zu finden. **(0,5 P)**

10. *Wurden die Ergebnisse bestätigt?*

Die Ergebnisse wurden insoweit bestätigt, dass eine Konsensfindung unter den Forschern vorhanden ist. Ebenso fand eine indirekte Validierung durch die teilnehmenden Patienten statt, da deren Aussagen sich in das Modell integrieren liessen. **(1 P)**

**Anwendbarkeit**

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

Der Bruch mit der Gesellschaft sowie die Sinn- und Hoffnungslosigkeit der Patienten wurden durch die Studie verdeutlicht und klar ersichtlich, was für die Behandlung und Betreuung von suizidalen Patienten wichtig ist, um eine adäquate Pflege zu gewährleisten. Es geht darum, sich nach ihrer Abkoppelung von der Menschlichkeit wieder auf deren Existenz und deren Möglichkeiten aufmerksam zu machen und sie in diese zurückzuführen. **(1 P)**

12. *Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?*

Das Modell ist sehr praktisch orientiert und gut anwendbar. Ausserdem sind die auszuführenden Interventionen sehr konkret beschrieben, so dass sie nicht nur auf suizidale Patienten übertragbar sind, sondern auch auf andere wie z.B. Suchtpatienten. Eine Grenze der Anwendung stellt die Dauer des stationären Aufenthaltes dar, welche sich zwischen einem und sieben Tagen erstreckt. besonders weil das Suizidrisiko nach einem stationären Aufenthalt markant steigt und der Patient immer noch auf Betreuung angewiesen ist. **(0,5 P)**

**Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 9,5 Punkte (von 12 möglichen). Je einen halben Punkt Abzug bei den Fragen 4, 9 & 12 und einen ganzen Punkt Abzug bei der Frage 5. Die Studie ist für ihre Länge gut und verständlich beschrieben. Es waren keine Zitate der befragten Patienten vorhanden. Ebenso ist die kurze stationäre Aufenthaltsdauer der akut suizidalen Patienten zu hinterfragen. Im Grossen und Ganzen liefert die Studie jedoch wichtige praxisrelevante Erkenntnisse. Weitere Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen. Die wissenschaftliche Qualität wird als befriedigend eingeschätzt, dies entspricht einer Note von 4,75.

Duffy, D. (1995). Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (5), 944–950.

---

**Forschungsfrage:** Wie führen psychiatrische Pflegefachpersonen die konstante Beobachtung bei suizidalen stationären Patienten durch?

---

### **Glaubwürdigkeit**

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?*

Die Forschungsfrage wurde von dem Autor der Studie offensichtlich, klar und präzise formuliert.

**(1 P)**

2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?*

Der Forscher verwendete das qualitative Design der Grounded Theory. Es ist keine explizite Begründung für die Auswahl des Designs aus dem Text zu entnehmen.

**(0,5 P)**

3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?*

Vor Beginn der Untersuchung des Forschungsgegenstandes wurde von den Autoren der Studie eine Literaturrecherche durchgeführt, welche vor der Darstellung der Forschungsarbeit beschrieben wurde. Der Forscher hat sich somit im Vorfeld mit dem Forschungsfeld vertraut gemacht.

**(1 P)**

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

Die zehn Studienteilnehmer setzten sich aus qualifizierte und unqualifizierte Pflegefachpersonen zusammen. weder wurden spezielle Auswahlkriterien angewandt noch eine solche begründet.

**(0 P)**

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

Es wurden weder die Teilnehmer noch ihr Umfeld näher beschrieben. Der Autor dieser Studie wurde auf der Titelseite in seiner Funktion kurz erläutert.

**(0 P)**

6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?*

Die Datensammlung erfolgte mittels halbstrukturierten Interviews. Es wurden jedoch keine Angaben über die Dauer der Interviews oder den Inhalt der Fragen gemacht.

**(0 P)**

7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?*

Analysiert wurden die gesammelten Daten anhand von Codes. Es bildeten sich diverse Kategorien, bis die Umrisse einer inhaltlichen Theorie erschienen.

**(1 P)**

8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?*

Dazu wird im Text nichts berichtet. Allerdings konnten alle Erkenntnisse in eine umfassende Theorie eingebaut werden.

**(0,5 P)**

### **Aussagekraft**

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?*

Aus den Ergebnissen liessen sich neun Kategorien bilden. Diese wurden unter den zwei Bereichen „Mitarbeiter zentriert“ und „Patient zentriert“ unterteilt. Eine schematische Darstellung der Resultate wurde vorgelegt.

**(0,5 P)**



*10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?*

Die Ergebnisse wurden durch die Pflegefachpersonen während der Datenanalyse bestätigt. Gleichzeitig wurde auf die einschlägige Literatur verwiesen, wodurch die Ergebnisse Bestätigung fanden. **(1 P)**

**Anwendbarkeit**

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

Die Forscher waren am Ereignis und nicht an den Personen selbst interessiert. Die beiden Hauptkategorien und ihre Unterkategorien erlauben es, die beiden Hauptansätze in ihren wichtigsten Ansätzen zu verstehen. **(0,5 P)**

*12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?*

Wer der Argumentation der Forscher folgt, kann sich für eine Abwendung von dem hauptsächlich praktizierten ersten Ansatz und eine Hinwendung zum zweiten Ansatz entscheiden. Gleichzeitig werden die wichtigsten Komponenten ins Bewusstsein gebracht. **(1 P)**

**Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 7 Punkte (von 12 möglichen). Einen halben Punkt Abzug bei den Fragen 2, 8, 9 & 12 und je einen ganzen Punkt Abzug bei den Fragen 4, 5 & 6. Die Studie berücksichtigt die Perspektive der Patienten nicht. Die Datenerfassung ist ungenügend beschrieben. Zudem ist der Forscher nicht systematisch vorgegangen, es ist eine starke Voreingenommenheit spürbar und es ist zu viel eigene Meinung eingeflossen. Weitere Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen. Die wissenschaftliche Qualität wird von der Autorin als ungenügend eingeschätzt.

Fletcher, R. F. (1999). The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6 (1), 9–14.

---

**Forschungsfrage:** Wie ist die Sichtweise von Pflegefachpersonen und Patienten bezüglich der Absicht, Art und Bedeutung der konstanten Überwachung und welche Verbindungen existieren zwischen diesen zwei Sichtweisen?

---

### Glaubwürdigkeit

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?*

Es wird von dem Autor nicht explizit eine Fragestellung dargelegt. Die Forschungsfrage ist jedoch durch die gute Beschreibung des Forschungsgegenstandes gut identifizierbar. Ebenso kann die Frage ohne weiteres vom Titel abgelesen werden. (1 P)

2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?*

Der Forscher machte für diese Studie Gebrauch vom ethnographischen Design. Eine Begründung zu dieser Wahl wurde nicht gemacht. (0,5 P)

3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?*

Um sich einen Überblick über die Thematik zu verschaffen hat der Forscher im Vorfeld recherchiert. Die gesammelten Informationen sind in der Studie klar und verständlich wiedergegeben. (1 P)

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

Um die in dem Artikel gestellte Forschungsfrage beantworten zu können wurden 12 Pflegefachpersonen unterschiedlicher Qualifikation ausgewählt. Bei der Auswahl der 6 Patienten mussten folgende Kriterien erfüllt sein: ein bestehendes Suizidrisiko ist vorhanden und sie standen die letzten 48 Stunden unter engmaschiger Beobachtung. (1 P)

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

Die Studienteilnehmer wurden ausreichend beschrieben, was das Umfeld jedoch nicht umfasst. Was den Forscher anbelangt, so wurde er nur umrisshaft in seiner Funktion erläutert. (0,5 P)

6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?*

Die Datensammlung wurde verständlich aufgezeigt. Die Forscher verwendeten halbstrukturierte Interviews, welche anschliessend einer Beobachtungssequenz stattgefunden haben. Nach der Befragung hatten die Studienteilnehmer die Gelegenheit, bedeutende Faktoren zu nennen, welche im Interview nicht aufgegriffen wurden. (0,5 P)

7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?*

Nachdem die Daten zusammengetragen wurden, erfolgte die Transkription auf Karten. Diese Karten wurden dann anhand einer Inhaltsanalyse analysiert. Daraus liessen sich verschiedene Kategorien und Subkategorien erkennen. Um die Kategorien und Subkategorien so objektiv wie möglich zu gestalten, wurden die Karten von einem Kollegen ebenfalls sortiert und eigenständig angeordnet. Somit wurde auf einen Konsens geachtet. (1 P)

8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?*

Die oben stehende Gliederung hat eine Übereinstimmung ergeben. (1 P)

### **Aussagekraft**

*9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?*

Die Ergebnisse wurden anhand eines Schemas übersichtlich dargestellt. Die zwei Hauptkategorien waren therapeutische Massnahmen und Kontrolle. Die therapeutischen Maßnahmen verfolgen das Ziel, dass Probleme mit dem Patienten gemeinsam angegangen werden, das Selbstwertgefühl der Patienten muss aufgebaut wird und Respekt entgegen gebracht wird. Bei der Kontrolle handelt es sich um den traditionellen Weg. Solche engmaschigen Betreuungen sind für Pflegefachpersonen eine belastende Aufgabe. Sie tragen die Verantwortung und fühlen sich im Falle eines vollzogenen Suizides niedergeschlagen und schuldbeladen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass zukünftig die Kontrolle durch therapeutische Maßnahmen ersetzt werden sollte. Diese Form von Intervention bringt auf Seiten der Patienten sowie der Pflege vermehrt positive Ergebnisse. Unter den zwei Hauptkategorien sind noch weitere Unterkategorien eingeordnet. Ebenso wurden die Sichtweisen der Patienten und der Pflege einbezogen.

Um die Resultate zu unterstreichen wurden Zitate von den Teilnehmern verwendet. **(1 P)**

*10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?*

Die Resultate wurden im Diskussionsteil durch diverse Literatur bestätigt. Weiter wurde auf einen Konsens geachtet. **(1 P)**

### **Anwendbarkeit**

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

Es wurde verdeutlicht, dass wenn Pflegefachpersonen eine Massnahme anwenden, der Sinn der ausführenden Tätigkeit von den Patienten oftmals falsch verstanden wird oder gar nicht wahrgenommen wird. In vielen Situationen ist der Erklärungsbedarf nicht gedeckt, was zu Missverständnissen zwischen dem Patienten und der Pflege führen kann. **(1 P)**

*12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?*

Die Studie stellt fest, dass die therapeutischen Absichten der Pflegefachperson bei der konstanten Beobachtung höchstens teilweise vom Patienten erfasst werden. Diese bedenkliche Erkenntnis ermöglicht es der Pflege, sich dieser Diskrepanz bewusst zu sein und sich Wege zu überlegen, wie diese Kluft überwunden werden kann, z. B. durch besseres Erklären durch das Pflegefachpersonal. **(1 P)**

### **Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 9,5 Punkte (von 12 möglichen). Je einen halben Punkt Abzug bei den Fragen 2, 5 & 6. Die Datensammlung wurde zu wenig präzise und detailliert beschrieben. Zudem konnte die Begründung für die Wahl des Designs nicht nachvollzogen werden. Weitere Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen. Die wissenschaftliche Qualität erweist sich als befriedigend, dies entspricht einer Note von 4,75.

McLaughlin, C. (1999). An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patient care for suicidal patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1042–1051.

---

**Forschungsfrage:** Wie schätzen Pflegefachpersonen und Patienten die Pflege ein, welche suizidale Patienten erhalten und welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen sie?

---

### Glaubwürdigkeit

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?*

Die Autoren haben die Forschungsfrage offen und detailliert beschrieben. Deshalb haben sie für die Pflegefachpersonen vier und für die Patienten fünf konkrete und detaillierte Fragen formuliert. Diese lauten:

Pflegefachpersonen (PP):

1. Welche Fähigkeiten erachten PP als die wichtigsten? 2. Haben die PP eine Ausbildung in sozialen Fähigkeiten erhalten, bevor sie ihre Berufstätigkeit aufgenommen haben? 3. Nutzen die PP bewusst die sozialen Fähigkeiten, wenn sie mit dem Patienten umgehen? 4. Wie könnten PP diese Fähigkeiten verbessern?

Patienten (Pat.):

1. Kennt der Pat. seine Bezugsperson? 2. Gab es eine 1:1 psychotherapeutische Diskussion mit der Bezugsperson an jedem ihrer Arbeitstage? 3. Hat anderes Personal mehr geholfen, wenn ja in welcher Weise? 4. Haben die Pat. genügend Zeit in der 1:1 Betreuung erhalten? 5. Wie könnten die PP die Pflege für die Pats. verbessern? **(1 P)**

2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?*

Die Daten wurden anhand einer Inhaltsanalyse ausgewertet. **(0,5 P)**

3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?*

Die Autoren machten sich mit dem Forschungsfeld im Voraus vertraut. Mit einer Zusammenfassung der Literatur zeigen sie, wie wenig Zeit beim Patient verbracht wird, sowie die Wichtigkeit der Kommunikativen Fähigkeiten, welche suizidales Verhalten reduzieren kann. **(1 P)**

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

Die 20 Pflegefachpersonen und 17 Patienten, welche für die Studie ausgewählt wurden, eignen sich gut, um die Forschungsfragen zu beantworten. Die Pflegefachpersonen mussten alle registriert sein und einen gewissen Rang erreicht haben. Die Patienten litten entweder an einer Depression, hatten Suizidgedanken oder zeigten suizidales Verhalten. Ebenfalls mussten sie bereits sieben Tage in stationärer Behandlung-, sowie absprachefähig sein. Die Altersgrenze lag bei 16 Jahren und kein Patient durfte akut erkrankt sein. **(1 P)**

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

Die Studienteilnehmer wurden ausreichend erläutert. Ihr Umfeld wurde nicht konkreter beschrieben, was für diese Studie jedoch nicht relevant war, da sich die Patienten in einem psychiatrischen Setting befanden. Das Forscherteam wurde sehr ausführlich beschrieben. Jede Funktion und Rolle der Autoren wurden genannt. **(1 P)**

6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?*

Die Datensammlung wurde gut beschrieben, sie erfolgte anhand von halbstrukturierten Interviews. Die Teilnehmer wurden an einem Arbeitstag für 620 Minuten beobachtet, anschließend wurden sie anhand eines ausgearbeiteten Fragebogens interviewt. Die Gruppe der Pflegefach-

personen erhielten sechs Fragen, die Gruppe der Patienten sieben. Jede Befragung dauerte etwa 20 Minuten. (1 P)

7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?*

Die gesammelten Transkriptionen wurden anhand einer Inhaltsanalyse analysiert, abgesehen von einer Interview Frage (die Kompetenz wurde erfragt), welche die Pflegefachpersonen beantworten mussten, diese wurde anhand einer Skala analysiert. (1 P)

8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?*

Dazu wird nichts berichtet.

(0 P)

### **Aussagekraft**

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?*

Dargestellt werden die Ergebnisse anhand der Interviewfragestellungen. Jede Frage enthält die Zusammenfassung aller Antworten der befragten Teilnehmer. Dabei werden besonders zwei Hauptaspekte ersichtlich: 1. die Kommunikativen Fähigkeiten der Pflegefachperson und 2. die Bezugspflege. Um die Resultate zu unterstreichen werden Zitate verwendet. Die Antworten sind klar und verständlich formuliert. (1 P)

10. *Wurden die Ergebnisse bestätigt?*

Es wurden keine Unstimmigkeiten erwähnt, wovon die Autorin ausgehen kann, dass im Forscherteam eine Konsens gefunden wurde. Da bislang keine derartige Studie durchgeführt worden ist, wird die diese als ein Versuch verstanden, dem weiterführende folgen sollen. Es wurde auf bestätigende Erkenntnisse in der Literatur verwiesen. (1 P)

### **Anwendbarkeit**

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

In dieser Studie sind beide Ansichten, die der Pflege-, sowie die der Patienten vertreten. Dies ist zum Verständnis einer solch komplexen Pflege von grosser Wichtigkeit. Hinsichtlich aller gestellten Fragen ergeben sich neue oder bisheriges Wissen vertiefende Erkenntnisse von beiden Seiten, weswegen die Frage bejaht werden kann. (1 P)

12. *Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?*

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen auf, dass in der Praxis das Zeitmanagement verbessert werden muss. Die Pflegefachpersonen sollen mehr Zeit für Gespräche mit den Patienten erhalten. Ein wichtiger Ansatzpunkt stellen die sozialen Fähigkeiten dar, um diesbezügliche Defizit zu verbessern werden Verbesserungen der Ausbildung sowie Weiterbildungen vorgeschlagen. Ebenso wird anhand der Resultate der Bedarf an weiterführender Forschung in diesem Gebiet verdeutlicht. (1 P)

### **Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 10,5 Punkte (von 12 möglichen). Einen halben Punkt Abzug bei der Frage 2 und einen ganzen bei der Frage 8. Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen. Die Autorin schätzt die wissenschaftliche Qualität als gut ein, dies entspricht einer Note von 5,25.

**Forschungsfrage:** Welche Erfahrungen erlebten stationäre suizidale Patienten bei konstanter Überwachung?

---

### Glaubwürdigkeit

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?*

In der Studie wurde nicht explizit eine Fragestellung formuliert. Jedoch wird im Text ausdrücklich beschrieben was untersucht wird, wodurch die Forschungsfrage sehr gut ersichtlich wird. Ebenfalls kann die Forschungsfrage eindeutig aus dem Titel abgeleitet werden. (1 P)

2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?*

Das Design der Phänomenologie wurde ausgewählt um allgemeine Themen ermitteln zu können. Das Ziel dieser Studie ist Erfahrungen eines Patienten unter konstanter Beobachtung zu erfassen; Ziel ist das Erfassen des Erlebens und deshalb ist dieses Design geeignet. (1 P)

3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?*

Die Autorin kann davon ausgehen, dass vor der Durchführung der Studie eine Literaturrecherche statt gefunden hat. Dies ist einerseits möglich aufgrund der Aussage, dass dieser Artikel die erste Studie ist, welche die Erfahrungen der konstanten Beobachtung aus dem Blickwinkel der Patienten untersucht und andererseits durch die zehn Hinweise auf konsultierte Literatur in den Referenzen. (1 P)

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

Die 16 Patienten, welche an der Studie teilgenommen haben, wurden passend zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgesucht. Die Auswahl der Studienteilnehmer wurde in der Studie nicht begründet. (0,5 P)

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

Im Artikel wurden die Teilnehmer ausreichend beschrieben. In einer Tabelle wurden demografische Daten sowie die Diagnose jedes Patienten aufgezeigt. Das Umfeld der Teilnehmer wurde nicht beschrieben, was für diese Studie nicht von Bedeutung gewesen wäre. Die Zwei Forscher dieser Studie wurden beiläufig vorgestellt. (1 P)

6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?*

Die Patienten wurden in einem Zeitintervall von 16 Stunden und 3.5 Tagen (Durchschnitt beträgt 34 Stunden) engmaschig überwacht, anschliessend wurden sie interviewt. Die Interviews waren ausführlich und im Detail beschrieben. Die Forscher verwendeten zur Erfassung der Gefühle der Patienten einen Fragebogen mit offenen Fragen, welcher in vier Bereiche unterteilt wurde: 1. Phase, in der die konstante Überwachung angekündigt wurde 2. Phase der konstanten Überwachung 3. Phase, in der die Aufhebung der konstanten Überwachung verkündet wurde und 4. Phase nach Beendigung der konstanten Überwachung. Alle abgesehen von zwei Interviews wurden aufgenommen und transkribiert, die andern zwei wurden schriftlich festgehalten. (1 P)

7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?*

Anhand eines Phänomenologischen Leitfadens wurden die gesammelten transkribierten Daten in Themen unterteilt, wobei die Themen aufgrund eines Konsenses im Team entstanden. (1 P)

8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?*

Dazu wird nichts explizit erwähnt.

(0 P)

### **Aussagekraft**

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?*

Aus den Interviews wurden drei Hauptthemen ersichtlich: 1. Erhaltung der Sicherheit 2. Wiederherstellung von Hoffnung und 3. Peinliche Zwischenfälle. Alle Themen wurden näher und ausreichend erläutert. Um die Ergebnisse nachvollziehen zu können, wurden Zitate der Studienteilnehmer verwendet.

(1 P)

10. *Wurden die Ergebnisse bestätigt?*

Während der Auswertung der Daten wurde auf einen Konsens im Forscherteam geachtet. Ebenfalls wurden die Ergebnisse in der Diskussion durch die Literatur bestätigt.

(1 P)

### **Anwendbarkeit**

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

Die Ergebnisse tragen sicher dazu bei, die Patienten und ihre Situation besser verstehen zu können. Durch diese Studie haben Patienten die Gelegenheit erhalten zu erzählen wie sie sich während einer engmaschigen Überwachung fühlen. Die Sichtweise der Patienten wurde berücksichtigt, was vorher noch keine Studie erfasst hatte.

(1 P)

12. *Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?*

Die Resultate können gut in der Praxis verwendet werden. Sie können dazu beitragen die Qualität der konstanten Überwachung zu fördern und verbessern. Namentlich wird belegt, dass die Qualität der konstanten Überwachung gesteigert werden kann, wenn das Pflegefachpersonal mit den Patienten unterstützende Interaktionen aufbaut, die Hoffnung stiften, den Selbstwert steigern und die Integration fördern.

(1P)

### **Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 10,5 Punkte (von 12 möglichen). Einen halben Punkt Abzug bei der Frage 4 und einen ganzen bei der Frage 8. Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen. Obwohl sich die Autoren in dieser Studie sehr kurz gehalten haben, ist dieser Artikel sehr interessant und aufschlussreich. Die wissenschaftliche Qualität bewertet die Autorin als gut, was einer Note von 5,25 entspricht.

Sun, F.K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L. I. (2006). Patients and nurses` perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing* 15 (1), 83–92.

---

**Forschungsfrage:** Wie ist die Sichtweise von Pflegefachperson und Patient, im Kontext der akuten psychiatrischen Station, über die Art der Pflege, welche suizidale Patienten erhalten?

---

### **Glaubwürdigkeit**

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?*

In dieser Studie wurde keine präzise Fragestellung klar formuliert. Durch die ausführliche Beschreibung des Zieles, wird die Forschungsfrage jedoch gut ersichtlich. Ebenfalls ist der Titel sehr aussagekräftig und lässt deshalb die zu untersuchende Fragestellung ebenso gut ableiten.

**(1 P)**

2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?*

Die Forscher verwendeten das qualitative Design der Grounded Theory. Diese Studie verfolgt die Entwicklung einer inhaltlichen Theorie über die Erfahrung und den Prozess der Suizidpflege auf psychiatrischen Stationen. Daher wurde dieses Design als geeigneter Ansatz erachtet.

**(1 P)**

3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?*

Die Autoren beschreiben zu Beginn der Studie den Hintergrund der Thematik, wovon ersichtlich wird, dass sich die Autoren mit dem Forschungsfeld vorab vertraut gemacht haben.

**(1 P)**

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

Die Studienteilnehmer wurden passend aufgrund folgender Kriterien ausgesucht:

1. Die 15 Pflegefachpersonen: Sie waren registriert, brachten auf dem Gebiet der Psychiatrie mindestens sechs Monate Berufserfahrung mit und sie mussten Minimum drei praktische Erfahrungen mit einem Suizidversuch haben.
2. Die 15 Patienten: Die Suizidgedanken hatten eine Dauer von zwei Wochen oder sie hatten vorhergehend einen Suizidversuch unternommen.

Aufgrund dieser aufgeführten Auswahlkriterien eignen sich die Teilnehmer sehr gut um die gestellte Forschungsfrage zu beantworten.

**(1 P)**

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

Im Artikel werden die Teilnehmer gut beschrieben. Die Studie findet auf drei verschiedenen psychiatrischen Stationen statt, was als Beschreibung des Umfelds der Teilnehmer genügt. Was die Forscher anbelangt, so wurden sie in ihrer Funktion und Rolle auf der Titelseite der Studie vorgestellt.

**(1 P)**

6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?*

Die Datensammlung wurde ausführlich beschrieben. Ein Forscher des Teams hat während eines Tages von acht Uhr morgens bis vier Uhr nachmittags mit den Teilnehmern zusammen gearbeitet, um im Vorfeld eine Beziehung zu ihnen aufbauen zu können. Zur gleichen Zeit erfolgte die Beobachtung der Studienteilnehmer durch den Forscher, wobei er sich zusätzlich Notizen machte. Anschliessend wurden die Teilnehmer für 45 Minuten Befragt. Die Interviewfragen wurden für jede Gruppe (Patienten und Pflegefachpersonen) in vier Bereiche eingeteilt. Die Aufnahmen wurden zum Schluss transkribiert.

**(1 P)**



7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?*

Die Vorgehensweise erfolgte anhand von Codes d.h. der Prozess der Datensammlung und -analyse verläuft von Beginn an bis zum Schluss der Studie parallel. Die vergleichende Methode diente dazu Bestandteile und Dimensionen von Kategorien fest zu stellen. Dazu wurde ein analytisches Schema verwendet, welches in der Studie sehr gut und explizit beschrieben wurde.

**(1 P)**

8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?*

Die Autoren bestätigen, dass der Bedarf an Daten mit der Anzahl der Teilnehmer gesättigt ist.

**(1 P)**

**Aussagekraft**

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?*

Aus den Resultaten entwickelten die Forscher eine Substantive Pflegetheorie für die Pflege von suizidalen Patienten. Diese Theorie wurde anhand von zwei Modellen dargelegt. Die schematischen Darstellungen sind sehr gut nachvollziehbar und verschaffen einen verständlichen Überblick. Das eine Modell stellte den Kontext und das andere die Faktoren welche die Qualität der Interaktion zwischen Patient und Pflegefachperson beeinflussen, dar. Der Kontext enthält zwei Kategorien: die Teamarbeit und die psychiatrische Stationsumgebung. Diese Hauptkategorien enthalten Subkategorien und diese wiederum diverse Konzepte. Das zweite Modell ist in zwei Bereiche unterteilt: 1. Erleichternde Maßnahmen und 2. Hemmende Maßnahmen. Diese zwei Bereiche enthalten diverse Einflussfaktoren, welche aufgeführt und wieder unterteilt sind. Alle diese Kategorien sowie Subkategorien sind ausführlich in der Studie beschrieben. Ebenfalls wurden Zitate zur Veranschaulichung der Resultate beigezogen.

**(1 P)**

10. *Wurden die Ergebnisse bestätigt?*

Die Bestätigung der Ergebnisse erfolgte in der Diskussion durch diverse Literatur. Ebenfalls wurde auf einen Konsens im Forscherteam geachtet.

**(1 P)**

**Anwendbarkeit**

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

Diese Resultate basieren auf den Blickwinkeln von Pflegefachpersonen sowie Patienten. Dies bestärkt die Resultate, da die Pflege von beiden Parteien beeinflusst wird. Diese Studie zeigt auch auf, wie die Teamkonstellation sowie die Stationsgestaltung eine wichtige Rolle einnehmen. All dies trägt dazu bei die Pflege von suizidalen Patienten besser zu verstehen.

**(1 P)**

12. *Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?*

In der Studie wird erwähnt, dass die Qualität der Teamarbeit Verbesserungspotenzial hat. Ebenfalls besteht ein Nachholbedürfnis bei der Weiterbildung zur Betreuung von suizidalen Patienten. Dies Veranschaulicht, dass mehr Weiterbildungsangebote gefragt sind.

**(1 P)**

**Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 12 Punkte (von 12 möglichen). Der Aufbau dieser Studie ist klar strukturiert und die Vorgehensweisen sind sehr gut nachvollziehbar und verständlich. Die Ergebnisse sind sehr ausführlich und komplex beschrieben. Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen. Die wissenschaftliche Qualität wird als ausgezeichnet bewertet, dies entspricht einer Note von 6.

Vrale, G. B. & Steen, E. (2005). The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (5), 513–518.

---

**Forschungsfrage:** Wie arbeiten erfahrene Pflegefachpersonen bei konstanter Überwachung von suizidalen Patienten?

---

### Glaubwürdigkeit

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?*

Aus der Studie ist zu entnehmen, dass die Forschungsfrage von den Autoren klar und verständlich formuliert wurde. Der Titel der Arbeit lässt die Antwort auf die gestellte Frage erahnen. **(1 P)**

2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?*

Die Autoren verwendeten das Design der Inhaltsanalyse. Da jedoch auch andere Ansätze denkbar ist, wäre eine Begründung der Auswahl nötig gewesen, die aber unterblieben ist. **(0,5 P)**

3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?*

Vor der Durchführung der Studie haben sich die Forscher mit der Thematik vertraut gemacht. Sie zeigen auf, dass mehrere Autoren bereits dargelegt haben, dass konstante Überwachung einen therapeutischen Zweck erfüllt. Ebenfalls kann eine gute Pflege die Entscheidung eines suizidalen Patienten über Tod und Leben beeinflussen. Was auch dazu beiträgt, dass verlangt wird, dass die Pflege ein Entscheidungsrecht bei der Einführung oder Beendigung von konstanter Beobachtung erhält und diese nicht nur vom Arzt verordnet bzw. aufgehoben wird. **(1 P)**

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

Die fünf teilnehmenden Pflegefachpersonen wurden aufgrund ihrer langjährigen Berufserfahrung auf akuten Psychiatrie Stationen und ihrer qualifizierten Meinungen ausgewählt. **(1 P)**

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

Die Pflegefachpersonen, welche an der Studie teilgenommen haben, wurden nicht ausreichend beschrieben, ebenso wenig ihr Umfeld. Abgesehen vom Geschlecht der Teilnehmer wurden keine weiteren Angaben gemacht. Ebenfalls blieb der Beschrieb der Forscher aus. **(0 P)**

6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?*

Im Text wurde die Datensammlung gut aufgezeigt. Die Forscher führten zwei Interviews mit den Teilnehmern durch, fünf waren Individuelle und zwei mit der ganzen Gruppe. Das erste Interview war detailliert und dauerte etwa 90 Minuten. Die fokussierten Gruppen Befragungen hatten eine Dauer von etwa 150 Minuten. Die Aussagen wurden mittels eines Tonbandes festgehalten und transkribiert.

**(1 P)**

7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?*

Die Analyse der gesammelten Daten erfolgte in sechs Schritten. 1. Schritt: Jeder der fünf Teilnehmer erläutert im Interview seine Geschichte im Detail. 2. Schritt: Während dem Interview haben die Teilnehmer selbst neue mögliche Dimensionen der konstanten Überwachung aufgedeckt. 3. Schritt: Interpretationen der Autoren im Verlaufe der Interviews. 4. Schritt: Die Forscher strukturieren die transkribierten Texte der Interviews in Anlehnung an die drei Organisationsphasen

der konstanten Überwachung: 1. Entscheidung treffen, ob eine Überwachung nötig ist 2. Ausführen der Überwachung und 3. Beenden der Überwachung. 5. Schritt: In den zwei fokussierten Gruppeninterviews wurden die Teilnehmer nochmals befragt in Bezug auf die Aussagen im individuellen Interview. Schritt 6: Ein Forscher liest die Texte mehrmals durch und macht eine Aufzeichnung der drei Organisationsphasen. Dadurch wurden diverse bedeutende Kategorien und Unterkategorien aufgezeigt. Die ersten Ergebnisse werden von einem Teamkollegen durchgelesen und anschliessend diskutiert bis ein Konsens gefunden wurde. **(1 P)**

*8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?*

Die Erkenntnisse liessen sich in einen theoretischen Rahmen überführen und da keine Elemente deutungsbedürftig geblieben sind, ist implizit eine Datensättigung erreicht worden, die allerdings nicht explizit festgestellt wurde. **(0,5 P)**

### **Aussagekraft**

*9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?*

Die Resultate der Studie wurden anhand von den drei Organisationsphasen der konstanten Überwachung dargestellt. In jeder Phase und Übergangsphase wird beschrieben, welche Tätigkeit und in welcher Form die Pflegefachperson sie ausführt und wie der Patient diese erlebt. Dabei sind zwei Hauptaspekte beschrieben worden:

- a. Die dynamische Beziehung zwischen Struktur und Flexibilität der drei Organisationsphasen.
- b. Die Dynamik zwischen der Sicherheitskontrolle und der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Pflegefachperson.

Zur Veranschaulichung wurden schematische Darstellungen verfasst. Zitate von den interviewten Teilnehmern sind vorhanden und wurden passend als Beispiele vorgeführt. **(1 P)**

*10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?*

Es fand eine Diskussion im Forscherteam statt bis ein Konsens gefunden wurde. Es wird allerdings aus der Studie nicht ersichtlich, ob die interviewten Pflegefachpersonen mit den Ergebnissen der Studie ausreichend konfrontiert worden sind und ob sie diesen zugestimmt haben. **(0,5 P)**

### **Anwendbarkeit**

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

Die Ergebnisse sind für das Verständnis insofern bedeutsam, als das Augenmerk auf das Spannungsfeld zwischen Struktur und Flexibilität (9a) und Sicherheitskontrolle und therapeutischer Beziehung (9b) thematisiert wird. Das ermöglicht eine Schärfung des Wahrnehmungsvermögens in diesen beiden Spannungsfeldern. Trotzdem bleibt die Perspektive der Patienten unberücksichtigt, es wäre gewinnbringend gewesen zu erfahren, ob und wie sie diese Spannungsfelder erfahren. **(0,5 P)**

*12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?*

Obwohl nur eine kleine Auswahl von Pflegefachpersonen an der Studie teilgenommen hat und die Patienten nicht befragt wurden, können die Ergebnisse in der Praxis verwendet werden. Die Resultate dieser Studie können für Bildungsprogramme sowie zur Entwicklung von lokalen Qualitätskriterien verwendet werden. Die Ergebnisse wurden als Input in einem nationalen Standart für konstante Überwachung einbezogen, welcher sich zu diesem Zeitpunkt in der Entwicklungsphase befand. **(1 P)**

### **Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 9 Punkte (von 12 möglichen). Je einen halben Punkt Abzug bei den Fragen 2, 8, 10 & 11 und jeweils einen ganzen Punkt Abzug bei der Frage 5. Die Autorin bemängelt stark die Teilnehmerzahl dieser Studie, welche sich auf gerade fünf Pflegefachpersonen beschränkt. Der Prozess der Datensammlung und -analyse wurden genau aufgezeigt. Auch die Ergebnisse der Studie erweisen sich als sehr interessant und für die Praxis verwendbar. Weitere Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen. Die Beurteilung der wissenschaftlichen Qualität ist befriedigend ausgefallen, dies entspricht einer Note von 4,5.

Anhang E

Beurteilungsraster für systematische Literaturübersichten

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	Klarformuliert? Genau abgegrenzt? Bezieht auf Zielgruppe?
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?	Welche Kriterien? Welche Studien design?
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?	Welche Datenbanken wurden genutzt? Handverlesen? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	Welche Kriterien? Randomisierung, Verblindung, Follow-up?
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	Quellen angegeben?
6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?	Welchen Prozentsatz? Grad der Übereinstimmung?
7. Waren die Studien ähnlich?	Einsetzen, Interventionen, Ergebnisse, Studiendesign? Heterogenitätsindex?

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?	Obstakel? Relative Risiko? Mittelmittel-Differenz?
9. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Konfidenzintervall? Studien geschichtet?

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Nebenwirkungen? Compliance?
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Kosten-Nutzen? Number-Needed-to-Treat?

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

<https://www.medsin.uni-bonn.de/pdf/gewinnwirtschaft/index.php?id=351> V.1.3 von: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing, Hans Huber: Bern.

(Behrens & Langer, 2004)

Cutcliffe, J. R. & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9 (5), 611–621.

---

**Forschungsfrage:** Welche Art der Pflege ist für suizidale Patienten angemessen?

---

### **Glaubwürdigkeit**

*1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?*

Es wurde eine klare Fragestellung untersucht. Aufgrund der dargelegten Literatur lassen sich zwei Hauptansätze unterscheiden: „Engagement und Hoffnung wecken“ und „Beobachtungen“. Welcher dieser zwei Interventions-Strategien ist angemessen um suizidale Patienten optimal zu pflegen? Die Forschungsfrage lässt sich auch vom Titel der Studie ableiten. **(1 P)**

*2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?*

Die Studien, welche einbezogen worden sind, wurden passend zur Thematik ausgewählt. Zum Ansatz „Engagement“ existierte erst wenig Material, dieses wurde jedoch vollständig eingearbeitet. Auch für den Ansatz der „Beobachtungen“ ist die Auswahl der Literatur repräsentativ ausgefallen. **(0,5 P)**

*3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?*

Anhand des Umfangs des Literaturverzeichnisses darf angenommen werden, dass die wichtigsten Studien mit einbezogen worden sind. Besonders beim Ansatz „Engagement“ wurde von den Forschern erwähnt, dass noch wenig Literatur vorhanden ist, diese jedoch vollständig einbezogen wurde. Auch bei den „Beobachtungen“ sind die wichtigsten Beiträge enthalten. **(1 P)**

*4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?*

Es ist nicht ersichtlich, anhand welcher Kriterien die Glaubwürdigkeit der ausgewählten Studien eingeschätzt wurde. Allerdings wurde nur auf Artikel in ausgewiesenen Fachmagazinen und renommierte Autoren zurückgegriffen. **(0 P)**

*5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?*

Zur Beurteilung der einbezogenen Literatur wurden im Text keine Angaben gemacht. **(0 P)**

*6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studie überein?*

Im Text wurden keine Unstimmigkeiten im Forscherteam genannt. **(1 P)**

*7. Waren die Studien ähnlich?*

Alle verwendeten Studien behandelten die gleichen Themen. Die Mehrheit untersuchte den Ansatz der „Beobachtungen“ und die restlichen Studien den des „Engagements und Hoffnung wecken“.

**(0,5 P)**

### **Aussagekraft**

*8. Was sind die Ergebnisse?*

Zum Ansatz „Beobachtungen“:

Die Intervention der konstanten Beobachtung ist weit verbreitet, jedoch im Nutzen nicht empirisch belegt. Dabei wird eine solche Aufgabe für die Pflege als belastend und stressig empfunden. Die Sicherheit und der Effekt der Beobachtung dienen wohl eher dem Arzt als Absicherung.

Trotz strenger Beobachtung begehen 20-33% Suizid in psychiatrischen Einrichtungen. Patienten fühlen sich durch diese Massnahme häufig weder unterstützt noch sicherer. Es findet oft keine Fürsorge während dieser Intervention statt, was bedeutet, dass das eigentliche Problem der suizidalen Person nicht angegangen wird. Diese Form von Intervention wird häufig von schlecht ausgebildetem und/oder temporär arbeitendem Personal ausgeführt, wobei es viele Wechsel gibt.

*Zum Ansatz „Engagement und Hoffnung wecken“:*

Der Ansatz ist aus zwei Aspekten zusammen gesetzt: dem Engagement und der Hoffnung. Das Engagement beinhaltet verschiedene Prozesse: 1. Es gilt eine Mensch zu Mensch Beziehung aufzubauen 2. Dem Patienten soll Akzeptanz vermittelt und Toleranz entgegengebracht werden 3. Zuhören und Verstehen: Bei der Hoffnung geht es darum, in einem hoffnungslosen suizidalen Patienten wieder Hoffnung zu wecken. Diese Intervention führt zu keiner Zunahme der Suizide. Im Gegenteil: Die Anwendung führt zu einem deutlichen Rückgang von Selbstverletzungen und einer markanten Abnahme von Aggression und Gewalt. Dieser therapeutische Ansatz hat sich daher bewährt und verlangt daher nach einer Neuorientierung in Richtung von Fürsorge und Unterstützung. Es wird als Notwendigkeit erwiesen den Blickwinkel zu verändern. Eine hochkomplexe Situation mit suizidalen Patienten bedingt eine hochkomplexe Form von Fürsorge.

**(1 P)**

9. *Wie präzise sind die Ergebnisse?*

Die Resultate sind verständlich und gut nachvollziehbar dargestellt worden. Die Forscher stellten anhand der verwendeten Literatur jeden Ansatz klar auf, danach unterzogen sie ihn einer eingehenden Kritik.

**(1 P)**

### **Anwendbarkeit**

10. *Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?*

Die Ansatz „Engagement und Hoffnung“ kann gut in der Praxis umgesetzt werden. Es bedarf jedoch einer einheitlichen Implementation. Auch die Spitalpolitik muss hierbei beachtet und berücksichtigt werden. Wichtig ist eine konsequente interdisziplinäre Teamarbeit, damit die Vorteile dieses Ansatzes auch tatsächlich in der Praxis erreicht werden können.

**(1 P)**

11. *Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?*

Die Forscher haben sich auf das Wichtigste konzentriert. Die Ergebnisse umfassen die notwendigen Aspekte. Es wurde bei beiden Modellen auf die zentralen Elemente eingegangen und diese ausreichend erörtert.

**(1 P)**

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

Werden die Ergebnisse mit empirischen Befunden bestätigt, so muss dieser therapeutische Ansatz auf alle Fälle eingeführt werden. Dieser Ansatz der Fürsorge ist mit vielen Vorteilen verbunden. Somit kann die Frage nur bejaht werden. Zudem sind ja keine Nachteile auszumachen, so dass der Ansatz, sollten sich die Erkenntnisse der Studie erhärten, nur Vorteile bringt.

**(1 P)**

### **Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 9 Punkte (von 12 möglichen). Je Einen halben Punkt Abzug bei den Fragen 2 & 7 und je einen ganzen Punkt Abzug bei den Fragen 4 & 5. Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen.

Die Studie wird als eine systematische Literaturübersicht bezeichnet. Aus dem Text ist jedoch kein methodisches Vorgehen beschrieben, was nicht ersichtlich macht, wie die Autoren bei der Erstellung dieser Review systematisch vorgegangen sind. Aufgrund dessen vermutet die Autorin, dass es sich wahrscheinlich eher um ein Discussionpaper handelt. Die wissenschaftliche Qualität ist also nur befriedigen ausgefallen, dies entspricht einer Note von 4,5.

<b>Darstellung des Problems und des Ziels</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</li> <li>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</li> <li>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</li> <li>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</li> </ol>
<b>Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</li> <li>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</li> <li>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</li> <li>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</li> <li>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</li> </ol>
<b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</li> <li>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</li> <li>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</li> <li>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</li> <li>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</li> <li>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</li> </ol>
<b>Stichprobe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</li> <li>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</li> <li>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</li> <li>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</li> </ol>



	5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?
<b>Forschungsdesign</b>	1. Welches Design wird in der Studie verwendet? 2. Wie wird das Design begründet? 3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?
<b>Interne Validität</b>	1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie. 2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?
<b>Externe Validität</b>	1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?
<b>Methoden</b>	1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt? 2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?
<b>Rechtlichethische Probleme</b>	1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt? 2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?
<b>Instrumente</b>	1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen? 2. Beobachtungsmethoden a) Wer führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat? 3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche? 3 4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z. B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein? 5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe oder zur Über-

	prüfung der Hypothese verwendet?
<b>Reliabilität und Validität</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</li> <li>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</li> <li>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</li> <li>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</li> </ol>
<b>Datenanalyse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</li> <li>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</li> <li>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</li> <li>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</li> <li>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-niveau an? Wenn ja, welches?</li> <li>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten.</li> <li>b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert.</li> <li>c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</li> <li>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/ des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</li> <li>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</li> <li>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</li> <li>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</li> <li>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</li> <li>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</li> </ol>
<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</li> <li>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</li> <li>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</li> <li>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</li> <li>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</li> <li>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</li> <li>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</li> </ol>

Drew, B. L. (2001). Self-Harm Behavior and No-Suicide contracting in Psychiatric Inpatient Settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15 (3), 99-106.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p> <p>(1 P)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zu prüfen wie Non-Suizid-Verträge die Wahrscheinlichkeit von selbstschädigendem Verhalten und Suizid in psychiatrischen stationären Einrichtungen beeinflussen.</li> <li>2. Es geht um die Abhängigkeit des Vertragsabschlusses eines so genannten Non-Suizid-Vertrages und der Häufigkeit selbstschädigendem Verhalten und Suizid. Dabei stellt der Abschluss die unabhängige Variable und der Vollzug des Suizids die abhängige Variable dar.</li> <li>3. Die Probe bestand aus 577 Patienten. Davon hatten 40% Depressionen, 20% bipolare Störungen, 40% Schizophrenie oder schizoaffektive Störungen. 56% wurden aufgrund von Suizidgedanken (41%) oder suizidalem Verhalten (14%) eingewiesen. Die Patienten mussten sich für mindestens fünf Tage stationär behandeln lassen.</li> <li>4. Die Methode des Vertragsabschluss ist in der psychiatrischen Pflege weitverbreitet und kommt auch in der Suizid-Prävention zur Anwendung. Gleichzeitig ist die Wirksamkeit dieses Vertragsabschlusses nicht erwiesen.</li> </ol>
<p><b>Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p> <p>(1 P)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In der Literaturrecherche wird zuerst die unabhängige Variable verfolgt: In welchen Kontexten kommen Verträge mit Patienten zur Anwendung. Nach her werden Ergebnisse bezüglich der abhängigen Variablen gesucht: Wie oft haben Personen, die einen Suizid vollzogen oder versucht haben, einen Vertrag abgeschlossen.</li> <li>2. Es wird ein direkter Bezug hergestellt zwischen dem Abschluss eines Vertrages (unabhängige Variable) und der Häufigkeit des Suizids (abhängige Variable) hergestellt. Es wird nämlich die Frage gestellt, wie sich die eine Variable auf die andere auswirkt. Die unabhängige Variable wird auch in Bezug zur Praxis des Vertragsabschlusses ausserhalb der suizidalen Gefährdungen betrachten.</li> <li>3. Es wird auf den Widerspruch hingewiesen, dass Non-Suizidal-Verträge zwar häufig angewendet werden, ihre Wirksamkeit jedoch nicht erwiesen ist.</li> <li>4. Es werden hauptsächlich primären Quellen (z. B. Busch et al., 1993) diskutiert, die einzige Review, die berücksichtigt wurde, ist Drew (2000).</li> <li>5. Die operationale Definitionen wurden so gefasst, dass sowohl vollzogene Suizide bzw. versuchte anhand der Kardex von 650 Patienten festgestellt worden sind wie auch erfasst wurde, ob ein Non-Suizid-Vertrag abgeschlossen worden ist. Die Definitionen wurden in einer Tabelle übersichtlich festgehalten.</li> </ol>

<b>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)</b>  <b>(1 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obwohl die Non-Suizidal-Verträge sehr häufig angewendet werden, ist ihre Wirksamkeit kaum erforscht.</li> <li>2. Von der oben dargestellten Sachlage ausgehend soll geprüft werden, wie sich der Abschluss eines Non-Suizid-Vertrages auf die Wahrscheinlichkeit von selbstschädigendem Verhalten und den Suizid auswirkt.</li> <li>3. Der Vertragsabschluss ist die unabhängige Variable während die Häufigkeit des Suizids die abhängige Variable darstellt.</li> <li>4. Die aufgestellte Hypothese ist eine wissenschaftliche Hypothese und keine Nullhypothese, da vernünftigerweise zu erwarten ist, dass der Vertragsabschluss die Häufigkeit des Suizides beeinflusst.</li> <li>5. Während der gängigen Praxis offenbar die Annahme zugrunde liegt, dass Non-Suizid-Verträge die Häufigkeit der Suizide vermindern, sind die Autoren dieser Studie skeptisch, ob sich diese Vermutung durch empirische Untersuchungen erhärten lässt.</li> <li>6. Die Hypothese ist zweifelsfrei empirisch überprüfbar.</li> </ol>
<b>Stichprobe</b>  <b>(1 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Probe bestand aus 577 Patienten. Davon hatten 40% Depressionen, 20% bipolare Störungen, 40% Schizophrenie oder schizoaffektive Störungen. 56% wurden aufgrund von Suizidgedanken (41%) oder suizidalem Verhalten (14%) eingewiesen. Die Patienten mussten sich für mindestens fünf Tage stationär behandeln lassen. Die Patienten wurden aufgrund der Durchsicht von 650 Kardexen per Zufallsprinzip ausgewählt.</li> <li>2. Die Patienten wurden anhand der Krankheitsbilder ausgewählt. Die Methode erweist sich als geeignet aufgrund der Tatsache, dass die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass jemand mit diesem Krankheitsbild suizidal wird.</li> <li>3. Die Stichprobe darf sicherlich als repräsentativ gelten.</li> <li>4. Die Grösse von 650 bzw. 577 erlaubt statisch gesehen recht präzise Aussagen und ist wissenschaftlich gesehen in der Norm, sie wird deshalb auch nicht explizit begründet.</li> <li>5. Die Erkenntnisse lassen sich auf Bevölkerungen von westlichen Industriestaaten übertragen. Kulturen, die gänzlich andere Werte vertreten, wäre zuerst diesbezüglich zu überprüfen.</li> </ol>
<b>Forschungsdesign</b>  <b>(1 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retrospektive Review der Kardexe von 650 Patienten, die während der Zeitdauer von 18 Monaten aus einer Klinik in Ohio entlassen worden sind.</li> <li>2. Die Auswahl des Designs wurde nicht explizit begründet.</li> <li>3. Das Design der Forschung ergibt sich folgerichtig vor dem Hintergrund der dargelegten Sachlage und der Hypothese.</li> </ol>
<b>Interne Validität</b>  <b>(0,5 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gefahren für die interne Validität der Studie wurden nicht in Erwägung gezogen. Es wurden nur die beiden Variablen untersucht.</li> </ol>

	<p>Es ist aber sehr wohl denkbar, dass andere Variablen einen erheblichen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Suizides nehmen können.</p> <p>2. Es wurden keine Vorkehrungen getroffen, um eine mögliche Fehldeutung vorzubeugen.</p>
<b>Externe Validität</b> <b>(0,5 P)</b>	<p>1. Abgesehen von den Bedenken hinsichtlich der internen Validität kann der Studie eine grosse externe Validität zugesprochen werden. Dies ist vor allem deshalb der Fall, weil wirkliche Abläufe untersucht worden sind und nicht künstliche Experimente angelegt wurden. Bei Kulturen, die sich stark von denjenigen von westlichen Industriestaaten unterscheiden, müssten die Ergebnisse zuerst empirisch nachgeprüft werden.</p>
<b>Methoden</b> <b>(1 P)</b>	<p>1. Es wurde eine retrospektive Befragung durchgeführt. Die Forscherin hat anhand der Kardexe der Patienten gearbeitet. Sie hat nach einer Checkliste die wichtigsten Daten heraus gesucht und dann diese für die Studie verwendet. Drei Experten der Psychiatriepflege der beiden Spitäler haben das Pilot-Instrument zuerst getestet, bevor die Forscherin es zur eigentlichen Datensammlung verwenden konnte. 10% der Kardexe wurden per Zufalls-Prinzip ausgewählt. Die Patienten hielten sich während der Studie zwischen fünf und 65 Tagen stationär auf einer psychiatrischen Station auf.</p> <p>2. Aufgrund der oben beschriebenen Vorgehensweise war die Form der Untersuchung für alle Patienten gleich.</p>
<b>Rechtlich-ethische Probleme</b> <b>(0,5 P)</b>	<p>1. Die Anonymität der Studienteilnehmer wurde gewährleistet. Die persönlichen Daten der Patienten wurden sicher aufgehoben.</p> <p>2. Beide Spitäler gaben ihre Erlaubnis diese Studie durchzuführen. Die informierte Einwilligung wurde nicht eingeholt.</p>
<b>Instrumente</b> <b>(1 P)</b>	<p>Verfügbare Daten und Aufzeichnungen:</p> <p>a) Es wurden 650 Kardexe verwendet. Die für die Untersuchung relevanten Daten wurden von der Forscherin anhand einer Checkliste aus den Kardexen herausgefiltert. Das Instrument wurde von drei Pflegeexperten überprüft. Diese Instrumente werden dem Ziel der Studie gerecht.</p> <p>b) Die Erhebung der Daten diente der Überprüfung der Hypothese.</p>

<b>Reliabilität und Validität</b>  <b>(0,5 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Reliabilität wird von den Forschern mit 0.94 bestimmt, was angesichts des Maximums von 1 als sehr hoch angesehen werden kann.</li> <li>2. Die Reliabilität darf als sehr hoch bezeichnet werden, was dem Ziel der Studie angemessen ist.</li> <li>3. &amp; 4. Bezüglich der Validität ist aus dem Text nichts zu entnehmen.</li> </ol>
<b>Datenanalyse</b>  <b>(1 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es wird der Grad der Korrelation zwischen den beiden Variablen auf zwei Kommas genau bestimmt.</li> <li>2. Es wird mit einer logischen linearen Regression gearbeitet sowie deskriptiver Statistik.</li> <li>3. Das Vorgehen entspricht den in wissenschaftlichen Arbeiten üblichen statistischen Ansprüchen.</li> <li>4. Die schliessenden statistischen Methoden sind an sich geeignet im Hinblick auf die Zielsetzung, jedoch berücksichtigt die Studie nicht alle möglicherweise bedeutsamen Faktoren.</li> <li>5. Das Signifikanzniveau wird nicht angegeben. Allerdings ist es in diesen Bereich übliche Praxis mit einer hohen Signifikanz, aber nicht einer sehr hohen Signifikanz zu arbeiten, d. h. die Aussagen sind mit einer Fehlerschranke von ca. 2 % behaftet.</li> <li>6. a) Die Tabellen unterstützen den Text. b) Die Überschriften und die Titel sind klar formuliert. c) Die Tabellen dienen als echte Ergänzung.</li> </ol>
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b>  <b>(1 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Skepsis gegenüber der angenommenen Wirksamkeit von Non-Suizid-Verträge werden durch die Ergebnisse der Studie bestätigt.</li> <li>2. Es werden andere Faktoren diskutiert, welche einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Suizids oder einer Selbstschädigung haben. So wird darauf hingewiesen, dass die Qualität der Beziehung zur Pflegefachfrau einen positiven Effekt gezeigt hat.</li> <li>3. Die Forscher stellen fest, dass die Aussagekraft durch das Einbeziehen weiterer relevanter Faktoren gesteigert werden kann.</li> <li>4. Da der Vertrag häufig eingesetzt wird, aber zumindest in seiner jetzigen Form kaum wirksam ist, muss die Praxis des Vertrages überdacht und alternative Methoden untersucht werden.</li> <li>5. Da Non-Suizid-Verträge wenig wirksam und manchmal geradezu kontraproduktiv sind, stellt sich die Frage, ob die Praxis auch in anderen Bereichen der Pflege überdacht werden sollten (z. B. Drogenpatienten).</li> <li>6. Die Verallgemeinerungen müssten natürlich überprüft werden, allerdings erscheint es wahrscheinlich, dass die Verträge auch in anderen Bereichen wenig erfolgreich sind.</li> <li>7. Die Forscher stellen fest, dass ein grosser Bedarf nach weiterer Forschung im Bereich der therapeutischen Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient besteht. Insbesondere sollten mögli-</li> </ol>

	che Interventionen der Pflegefachperson, inklusive Non Suizid-Vertrag weiter untersucht werden.
<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b> <b>(0,5 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die grosse Zahl der einbezogenen Patientenakten ermöglicht wichtige Erkenntnisse. Freileich wurden nicht alle relevanten Faktoren in die Studie einbezogen (z. B. Umfeld, Gefühl etc.).</li> <li>2. Dazu wurde nichts berichtet.</li> <li>3. Die Qualität der Pflege bei suizidalen Patienten könnten wesentlich verbessert werden.</li> <li>4. Direkt anwendbar ist der Grundsatz der konsistenten Pflege, d. h. der Patient erfährt durchgängig eine therapeutische Beziehung mit einer Pflegefachperson.</li> <li>5. Die Erkenntnisse sind unter den Bedingungen umsetzbar, dass der Pflege genügend Zeit für die therapeutischen Beziehungen zur Verfügung steht und sich laufend weiterbilden.</li> <li>6. Ja, unbedingt, da nur Vorteile zu erkennen sind. Demgegenüber sollte die Praxis der Non-Suizid-Verträge überprüft werden.</li> <li>7. Die Studie lässt sich gut in anderen klinischen Institutionen wiederholen.</li> </ol>

### **Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 11,5 Punkte (von 14 möglichen). Je einen halben Punkt Abzug bei den Fragen 6, 7, 9, 11 & 14. Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen. Die Autorin bewertet diese Studie als gut. Dies entspricht einer Note von 5.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b> (1 P)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zweck war die Bestimmung der Prävalenz von Non-Suizid-Verträgen im städtischen Bereich bei ambulanten psychiatrischen Patienten, sowie zu bestimmen, in welchem Ausmaß Non-Suizid-Verträge wahrgenommen und von Therapeuten gebraucht werden und in welcher Form diese Verträge ausgeführt werden.</li> <li>2. Es werden Beziehungen hergestellt zwischen der Häufigkeit der Verträge bei medizinischem wie nicht-medizinischem Personal. Es wird weiter untersucht, wie sich das Abschliessen eines Vertrages auf die Häufigkeit eines Suizids auswirkt. Weiter wird gefragt, wie viele Vertragsabschliessende eine Ausbildung darin absolviert haben.</li> <li>3. Die Teilnehmer der Studie bestanden aus 312 Psychiater, Psychologen, Pflegefachpersonen, Ergotherapeuten sowie Sozial Arbeiter, welche im ambulanten Bereich arbeiten oder eine private psychiatrische Praxis besitzen.</li> <li>4. Die Forscher erläutern die Signifikanz der Studie dadurch, dass suizidales Verhalten negative Folgen hat wie: vorzeitige Mortalität, Morbidität, Stigmatisierung, Verlust an Produktivität und erhöhte Kosten im Gesundheitswesen. Die Entwicklung von Initiativen ist wichtig für die Suizidprävention, um die Gesundheit in der Bevölkerung zu verbessern.</li> </ol>
<p><b>Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen</b> (1 P)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die sieben gefundenen Artikel werden in drei Kategorien unterteilt, nämlich a) Auswirkungen des Non-Suizid-Vertrages, b) Häufigkeit der Anwendung und c) die Sichtweise von Angestellten im Gesundheitswesen und von Patienten.</li> <li>2. Die Beziehungen zwischen den Variablen werden explizit zum Ausdruck gebracht. Es geht bei der Fragestellung um das Feststellen der drei Kategorien im fraglichen sample.</li> <li>3. Non-Suizid-Verträge werden als Interventionsmittel für suizidale Patienten eingesetzt, obwohl die Wirksamkeit ungewiss ist.</li> <li>4. Die Literaturhinweise beruhen sich hauptsächlich auf primären Quellen (z. B. Farrow et al., 2002). Die einzige Review ist die Studie (McConnel, 2007).</li> <li>5. Aus der Studie sind keine operationalen Definitionen ersichtlich geworden, d. h. es bleibt unklar, wie die Definitionen in operationale umgesetzt worden sind.</li> </ol>



<b>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)</b> <b>(1 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Forschungsfragen lauteten: a) In welchem Ausmass werden Non-Suizid-Verträge in urbanen kanadischen Gebieten angewandt und b) wie werden diese durch die Pflege wie die Patienten wahrgenommen?</li> <li>2. Die Forschungsfrage wird im Zusammenhang mit einer explorativen Studie gestellt (ohne Hypothese).</li> <li>3. Es wurde das Abschliessen bzw. Nicht-Abschliessen von Verträgen als Unabhängige Variable aufgefasst und die Beobachtungen der beiden Seiten als abhängige Variable.</li> <li>4. Es werden keine Hypothesen aufgestellt, daher entfällt die Antwort auf 5. und 6.</li> </ol>
<b>Stichprobe</b> <b>(1 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es wurden alle Therapeuten, die im ambulanten Bereich mit Erwachsenen arbeiten oder eine eigene psychiatrische Praxis besitzen, zur Teilnahme an der Studie angefragt (n=524). Es wurden ausgearbeitete Fragebögen zugeschickt. 312 Personen (Psychiater, Psychologen, Pflegefachpersonen, Ergotherapeuten und Sozial-Arbeiter) haben den Fragebogen ausgefüllt zurückgesendet, was als Bestätigung der Teilnahme galt.</li> <li>2. Es wurden alle geeigneten Personen des ambulanten Gesundheitswesens im städtischen Raum von Calgary angefragt, deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die Wahrscheinlichkeit sehr gering ist, potenzielle Personen übersehen zu haben.</li> <li>3. Die Stichprobe kann mit 312 Teilnehmern nur beschränkt als repräsentativ gelten.</li> <li>4. Die Teilnehmerzahl fällt eher gering aus. Da es sich eher um die Erkenntnis von grossen Trends handelt und nicht um die Bestimmung auf 1 bis 2 % genau, darf die Zahl als ausreichend gelten.</li> <li>5. Die Erkenntnisse lassen sich auf Bevölkerungen von westlichen Industriestaaten übertragen. Kulturen, die gänzlich andere Werte vertreten, wären zuerst diesbezüglich zu überprüfen. Zudem wurde die Studie im städtischen Gebiet erforscht, was die ländliche Population ausschliesst.</li> </ol>
<b>Forschungsdesign</b> <b>(1 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Forscher verwendeten eine retrospektive Befragung. Die wurde auf einen Zeitraum von zwei Monaten erhoben.</li> <li>2. Da diese Methode offenbar gut geeignet ist, die beiden Forschungsfragen zu beantworten, sie wurde jedoch nicht explizit begründet.</li> <li>3. Ja, namentlich wurden auf die Punkte b) Häufigkeit der Anwendung und c) die Sichtweise von Angestellten im Gesundheitswesen und von Patienten, der Literaturrecherche Bezug genommen.</li> </ol>

<b>Interne Validität</b> (0,5 P)	<p>1. Es wurde nicht diskutiert, ob Faktoren, die mit dem Vertragsabschluss zusammenhängen, eine Rolle gespielt haben.</p> <p>2. Eine solche Kontrolle wurde nicht vorgesehen, weshalb die entsprechende Gefahr nicht vermieden wurde.</p>
<b>Externe Validität</b> (0,5 P)	<p>1. Es ist zu erwarten, dass die Ergebnisse für städtische Gebiete in westlichen Industriegesellschaften Gültigkeit haben. Ob sie auch über diese hinaus Gültigkeit besitzen, wäre noch zu erforschen.</p>
<b>Methoden</b> (1 P)	<p>1. Die Datensammlung erfolgte durch eine Retrospektive Befragung. Die Autoren entwickelten eine Umfrage, welche 20 multiple-choice- und offene Fragen beinhaltet. Der Umfragebogen wurde von Experten begutachtet und angepasst. Die Fragebögen wurden per E-Mail an alle qualifizierten Teilnehmer versendet</p> <p>2. Die Methode der Datensammlung ist für alle Studienteilnehmer gleich, da alle denselben Umfragebogen erhalten haben.</p>
<b>Rechtlich-ethische Probleme</b> (1 P)	<p>1. Die Zusage durch die Zurücksendung der ausgefüllten Fragebögen der Teilnehmer erfolgte anonym.</p> <p>2. Die Ethikkommission der Universität von Calgary genehmigte die Studie. Die Teilnehmer bestätigten ihre Teilnahme durch die freiwillige Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen.</p>
<b>Instrumente</b> (1 P)	<p>2. Fragebögen:</p> <p>a) Die Forscher entwickelten einen Umfragebogen, welcher 20 multiple-choice- und offene Fragen beinhaltete. Die gestellten Fragen untersuchten demographische Faktoren sowie klinische Praxis-Informationen. Ebenso wurde Material zum Umgang und den Meinungen zu Non-Suizid-Verträgen gesammelt. Dazu gehörte: der Umfang der Benutzung, verwendete Ausführung, Gründe für die Nutzung und Nichtnutzung, Umfang der Ausbildung, Suizide und Suizidversuche von Patienten während der Anwendung von Non-Suizid-Verträgen. Der Umfragebogen wurde von Experten begutachtet und angepasst. Die Fragebögen wurden per E-Mail an alle qualifizierten Teilnehmer versendet.</p> <p>b) Die Daten wurden zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen verwendet.</p>
<b>Reliabilität und Validität</b> (0,5 P)	<p>1. Die Autoren beschränken sich auf die Angabe von Prozentzahlen.</p> <p>2. Sicherlich lassen sich bei der recht grossen Zahl von</p>

	<p>Antwortenden wissenschaftlich brauchbare Aussagen gewinnen.</p> <p>Da generell mit Fragebogen gearbeitet wurde, entfällt die Antwort auf die Frage 3. und 4.</p>
<p><b>Datenanalyse</b> (1 P)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Autoren beschränken sich darauf, die Ergebnisse in absoluten Zahlen und in Prozenten wiederzugeben.</li> <li>2. Die Daten wurden anhand von deskriptiver Statistik zusammengefasst. Die Multiple Regressions- Analyse wurde verwendet, um die Auswirkungen von soziodemographischen und praktischen Variablen auf die Wahrscheinlichkeit, ob Non-Suizid-Verträge in den letzten sechs Monaten eingesetzt wurden oder nicht, bewertet. Geschriebene Kommentare wurden in den Ethnographen eingegeben. Textuelle Daten wurden anhand einer Inhaltsanalyse ausgewertet. Durch die Überprüfung der analysierten Daten durch einen zweiten Forscher wurde auf einen Konsens im Team geachtet.</li> <li>3. Die deskriptiven Methoden sind angesichts der gewählten Forschungsfragen ausreichend.</li> <li>4. Die gewählten Fragen sind geeignet, hinsichtlich der Forschungsfragen verwertbare wissenschaftliche Aussagen zu gewinnen.</li> <li>5. Es wird kein Signifikanz-Niveau festgelegt.</li> <li>6. a) Die Tabelle dient der Unterstützung der in Text verfassten Resultate. b) Der Titel der Tabelle ist klar und präzise formuliert und gibt Auskunft was die Tabelle beinhaltet. c) Die Tabelle dient als echte Ergänzung.</li> </ol>
<p><b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b> (1 P)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es werden für die gewählte Fragestellungen bedeutsame Antworten gefunden.</li> <li>2. Die Ergebnisse sind für die Fragestellungen relevant.</li> <li>3. Die Forscher schätzten eine Rücklaufquote von 60,5% als vernünftig ein, betonen jedoch, dass die Verallgemeinerung der Ergebnisse sich in Grenzen hält. Dies rührt auch von der Beschränkung auf westliche Industriestaaten her.</li> <li>4. Die Bedeutung für die Pflegepraxis wird als sehr hoch eingeschätzt, weil hier in einem noch wenig erforschten Gebiet, sehr bedeutsame Erkenntnisse gewonnen worden sind.</li> <li>5. Die Erkenntnisse dürften sich problemlos auf urbane Gebiete westlicher Prägung übertragen lassen.</li> <li>6. Die Verallgemeinerungen sind durch die Ergebnisse in überzeugender Weise gedeckt.</li> <li>7. Die Forscher empfehlen mehr Forschung bezüglich der Wirksamkeit des Non-Suizid-Vertrages, damit dieser als fester Bestandteil des Suizidmanagement gelten kann. Gleichzeitig soll die Ausbildung in dieser als sehr wichtig erachteten Strategie verbessert werden.</li> </ol>

<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b>  <b>(1 P)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Studie ist sinnvoll und belegt die Notwendigkeit einschlägiger Forschung.</li> <li>2. Ja, die Erkenntnisse decken sich mit den diskutierten Literaturbeiträgen.</li> <li>3. In dieser Studie wird mehr Gewicht auf die künftige Forschung als auf die konkrete Praxis gelegt.</li> <li>4. Dazu ist noch weitere Forschung vonnöten.</li> <li>5. Wenn die Verträge mehr Beweiskraft erlangt haben und eine angepasste Schulung bezüglich der Anwendung erlangt haben.</li> <li>6. Sobald die Forschung eindeutige Ergebnisse erbracht hat, sind konkrete Massnahmen der Umsetzung notwendig.</li> <li>7. Ohne jede Zweifel in vergleichbaren Umfeldern.</li> </ol>
---	---

### **Schlussauswertung**

Die Studie erhält von der Autorin 12,5 Punkte (von 14 möglichen). Je einen halben Punkt Abzug bei den Fragen 6, 7 & 11. Erklärungen sind aus dem Text zu entnehmen. Die Autorin bewertet diese Studie als sehr gut. Dies entspricht einer Note von 5,5.

## Anhang G

### Punkteverteilung der drei Bewertungsskalen

#### Systematische Literaturübersicht

Punktzahl	Note	Wissenschaftliche Qualität
12	6	Ausgezeichnet
11-11,5	5,5-5,75	Sehr gut
10-10,5	5-5,25	Gut
9-9,5	4,5-4,75	Befriedigend
8-8,5	4-4,25	Genügend
<8	<4	Ungenügend

#### Quantitative Studie

Punktzahl	Note	Wissenschaftliche Qualität
13,5-14	6	Ausgezeichnet
12,5-13	5,5-5,75	Sehr gut
11,5-12	5-5,25	Gut
10,5-11	4,5-4,75	Befriedigend
9,5-10	4-4,25	Genügend
<9,5	<4	Ungenügend

#### Qualitative Studie

Punktzahl	Note	Wissenschaftliche Qualität
12	6	Ausgezeichnet
11-11,5	5,5-5,75	Sehr gut
10-10,5	5-5,25	Gut
9-9,5	4,5-4,75	Befriedigend
8-8,5	4-4,25	Genügend
<8	<4	Ungenügend

## Anhang H

### Stufen der Evidenzhierarchie

1.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Systematic reviews/meta-analyses</li><li>• RCTs</li><li>• Experimental design</li></ul>
2.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cohort control studies</li><li>• Case-control studies</li></ul>
3.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consensus conference</li><li>• Expert opinion</li><li>• Observational study</li><li>• Other types of study eg. Interview based, local audit</li><li>• Quasi-experimental, qualitative design</li></ul>
4.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personal communication</li></ul>

University of Westminster (2010)

## Anhang I

### Zusammenfassungen der ausgewählten Studien

<b>Cleary, M., Jordan, R., Mazoudier, P. &amp; Delaney, J. (1999). Suicidal patients and special observation. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 6 (6), 461–467.</b>
<b>Ziel:</b> Untersuchen der Sichtweise von Pflegefachpersonen im Bezug auf ihre Rolle bei der konstanten Beobachtung.
<b>Design:</b> Qualitative Studie. Explorativ.
<b>Setting:</b> Grosses Psychiatrie Spital in Sydney, New South Wales mit vier Akut-Stationen.
<b>Stichprobe:</b> Die Teilnehmer wurden per Zufallsprinzip aus den vier Akut-Stationen ausgewählt. Es nahmen zehn registrierte Pflegefachpersonen teil.
<b>Methode:</b> Die Erfassung der Daten erfolgte anhand halbstrukturierter Interviews. Nur ein und derselbe Forscher befragte die Pflegefachpersonen. Die Fragebögen, welche als Leitfaden der Interviews dienten, basierten auf Fachliteratur zum Thema konstante Beobachtung. Das Material wurde transkribiert und mittels einer thematischen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dieser Ansatz beinhaltet eine Kombination von qualitativer Inhaltsanalyse und <i>Grounded Theory</i> . Durch die Codierung der Daten konnten spezifische Kategorien gebildet werden.
<b>Ergebnisse:</b> Aus der Analyse konnten neun Themen identifiziert werden. 1. Sicherheit: Sie ist die oberste Priorität. Der Patient muss sich sicher fühlen. Um dies zu gewährleisten sind regelmäßige individuelle Einschätzungen des Suizidrisikos und die Schaffung eines guten Umfeldes sehr wichtig. 2. Therapeutische Beziehung: sollte empathisch sein, offen, ehrlich, taktvoll und mitfühlend. Konfrontationen sollten vermieden werden. Die Pflegefachperson muss den Patienten kennen lernen um eine gute Beziehung zu ihm aufzubauen. Dadurch kann der Patient motiviert werden über Gefühle und Ängste zu sprechen. 3. Unterstützung von Pflegefachperson und Patient: Mit dem Patienten werden aufgrund positiver Erlebnisse und Erfolge in der Vergangenheit gemeinsam Coping Strategien erarbeitet. Familie und Angehörige sollten einbezogen werden, um Patient und Pflegefachperson zu unterstützen. 4. Konsequenzen engmaschiger Überwachung für Pflegefachpersonen: Die konstante Überwachung von Patienten wird als ermüdend, anstrengend, aufreibend und stressig empfunden. Ebenso wurden bei aggressiven oder impulsiven Patienten Ängste um die eigene Sicherheit geäußert. 5. Kontinuität der versorgenden Pflege: Die Häufigkeit und die Art der Wechsel von Pflegefachpersonen sollte den Bedürfnissen des Patienten angepasst werden. Die Übergabe sollte möglichst reibungslos und ausführlich erfolgen. Um wiederholende Fragen zu vermeiden müssen alle wichtigen Sachverhalte präzise schriftlich festgehalten werden. 6. Peer-support: Es wurden Verbesserungsvorschläge gemacht: besonders frisch diplomierte Pflegefachpersonen sollten mehr Unterstützung erhalten, Supervisionen und Feedbacks von Teammitgliedern sollten eingeführt werden sowie die Betreuung nach einem vollzogenen Suizid sollte durch Gespräche und Fallbesprechung optimiert werden. 7. Suizid-Indikatoren: Aus Sicht der Pflege sind: Verschlechterung der depressiven Verstimmungen, Halluzinationen, Agitiertheit, Rückzug, ungewöhnliche Veränderungen, Suizidgedanken/-pläne sowie direktes Nachfragen (wird speziell betont) 8. Verantwortung und Rechte von Pflegefachperson und Patient: Welche Freiheiten kann sich eine Pflegefachperson nehmen? Welche Taktik wendet sie an? Erfüllt sie ihre Pflicht? Wie weit darf die Pflegefachperson gehen? Wann werden Grenzen überschritten und wo wird die Verantwortung vernachlässigt? 9. Pflegefachpersonen, Ärzte und Spitalhierarchie: Die Ärzte können zu wenig einschätzen, welche emotionalen und praktischen Schwierigkeiten eine solche Aufgabe mit sich bringt. Oft werden unnötige

Überwachungen verordnet, bei Fällen in denen sie nicht angebracht wären. Die Einschätzungen bezüglich des Bedarfes an engmaschiger Betreuung gehen bei Pflegefachpersonen und Ärzten oft weit auseinander. Ebenso können die Spitalregeln eine angepasste Pflege einschränken.

**Ethik:** Die Studienteilnehmer haben auf freiwilliger Basis mitgemacht. Ansonsten wird nichts über diese Thematik erläutert.



<p><b>Cutcliffe, J.R. &amp; Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for `engagement and inspiring hope` or `observations`. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 9 (5), 611–621.</b></p>
<p><b>Ziel:</b> Eine systematische Literaturübersicht über die Debatte, welche Pflege ist für einen suizidalen Patienten am geeignetsten ist, wobei zwei Ansätze diskutiert werden: „Engagement und Hoffnung wecken“ oder „Beobachtungen“ zu machen.</p>
<p><b>Design:</b> Systematische Literaturübersicht.</p>
<p><b>Methode:</b> Es werden keine Angaben bezüglich der Vorgehensweise gemacht. Ebenso wenig wird begründet, welche Studien aufgrund welcher Kriterien einbezogen wurden. Die Autoren haben sechs konkrete Schritte beschrieben, nach denen sie vorgegangen sind: 1. Zuerst erfolgt eine kurze Beschreibung des historischen Kontextes 2. Anschliessend wird der Ansatz „Beobachtungen“ erläutert, welcher sich auf neue empirische Literatur stützt 3. Zum zweiten Ansatz „Engagement und Hoffnung wecken“ werden zentrale Schlüsselemente beschrieben 4. Die noch begrenzten empirischen Belege für den zweiten Ansatz werden aufgezeigt und diskutiert 5. Die gegen den zweiten Ansatz erhobene Kritik wird im Detail dargestellt und erwidert 6. Zum Abschluss werden Empfehlungen für die Praxis abgegeben.</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Als Resultate werden die zwei Ansätze beschrieben, kritisiert und diskutiert.</p> <p><i>1. Ansatz: Beobachtungen</i></p> <p>Die Intervention der Beobachtungen um suizidale Patienten davon abzuhalten, sich etwas anzutun, ist eine weit verbreitete Vorgehensweise. Trotzdem ist diese Art der Betreuung fragwürdig, da der Nutzen empirisch nicht belegt worden ist. Es ist die Regel, dass Ärzte eine konstante Beobachtung verordnen und die Pflegefachpersonen führen diese dann aus. Dabei wird eine solche Aufgabe als belastend und stressig empfunden. Was die Sicherheit und der Effekt der Beobachtung anbelangen, so dient der therapeutische Wert wohl eher dem Arzt als Beruhigung und Absicherung. Pflegefachpersonen bezeichnen diese Intervention als wenig erfolgreich und kaum therapeutisch, weil 20-33% der Suizide in psychiatrischen Einrichtungen unter konstanter Beobachtung stattfinden. Patienten fühlen sich durch diese Massnahme weder unterstützt noch sicherer. Oftmals wird von den Patienten ausgesagt, dass die zuständige Pflegefachperson keine Gespräche mit ihnen geführt hat. Die Pflege, welche die beobachtende Tätigkeit ausführt, wird von den Patienten als Wächter wahrgenommen. Es findet keine Fürsorge während dieser Intervention statt, was bedeutet, dass das eigentliche Problem der suizidalen Person nicht angegangen wird. Ebenfalls wird die konstante Beobachtung häufig von schlecht ausgebildetem und/oder temporär arbeitendem Personal ausgeführt, wobei es viele Wechsel gibt, was dem angestrebten Ziel nicht gerecht wird.</p> <p><i>2. Ansatz: Engagement und Hoffnung wecken</i></p> <p>Engagement ist aus zwei Aspekten zusammen gesetzt: dem Engagement und der Hoffnung. Das Engagement beinhaltet verschiedene Prozesse: 1. Es gilt eine Mensch zu Mensch Beziehung aufzubauen 2. Dem Patienten soll Akzeptanz vermittelt und Toleranz entgegengebracht werden 3. Zuhören und Verstehen: Bei der Hoffnung geht es darum, in einem hoffnungslosen suizidalen Patienten wieder Hoffnung zu wecken. Die Pflegefachperson ist die ideale Person um dieses Ziel zu erreichen. Damit einem Patienten erfolgreich Hoffnung vermitteln werden kann, muss dies auf subtile Weise geschehen Durchschat der Patient nämlich die Absicht, so schlägt der Versuch fehl. Das Einflössen von Hoffnung muss deshalb für den Patienten unbemerkt und unbewusst stattfinden, damit es seine Wirkung nicht verfehlt. Zu diesem fürsorglichen Ansatz wird die Kritik angebracht, dass die Wachsamkeit nachlässt und es ein laissez-faire-Vorgehen darstelle. Dadurch würden dem Patienten Möglichkeiten geboten, sich etwas anzutun. Weiter</p>

wird der Vorwurf erhoben, dass dies nur eine Neubezeichnung sei, hinter der die Hauptvorgehensweise der konstanten Beobachtung gleich bleibe. Diverse Literatur zeigt auf, dass diese Kritik nicht berechtigt ist. So führt die Umsetzung des zweiten Ansatzes keineswegs zu einer Zunahme der Suizide. Im Gegenteil: Die Anwendung des zweiten Ansatzes führt zu einem deutlichen Rückgang von Selbstverletzungen und einer markanten Abnahme von Aggression und Gewalt. Dieser therapeutische Ansatz hat sich daher bewährt und verlangt daher nach einer Neuorientierung in Richtung von Fürsorge und Unterstützung. Es wird als Notwendigkeit erwiesen den Blickwinkel zu verändern. Eine hochkomplexe Situation mit suizidalen Patienten bedingt eine hochkomplexe Form von Fürsorge.

<p><b>Cutcliffe, J. R., Stevenson, C., Jackson, S. &amp; Smith, P. (2007). Reconnecting the Person with Humanity: How Psychiatric Nurses Work with Suicidal People. <i>Crisis</i>, 28 (4), 207–210.</b></p>
<p><b>Ziel:</b> Zu erfassen wie, wenn überhaupt, Pflegefachpersonen suizidalen Patienten helfen können eine „zum Tod,“ orientierte Lebenseinstellung zu einer „zum Leben“ orientierte Lebenseinstellung zu bewegen.</p>
<p><b>Design:</b> Qualitative Studie.</p>
<p><b>Setting:</b> Zu Beginn der Studie befanden sich die Teilnehmer für eine Zeitspanne von ein bis sieben Tagen auf einer stationären Psychiatrischen Station, wo sie enge Betreuung von Pflegefachpersonen erhielten. Nach dem Austritt wurden die Patienten über mehrere Monate hinweg unterschiedlich weiter betreut z. B. durch eine Tagesklinik, Spitex oder regelmässige Besuche in einem Gesundheitszentrum. Geografisch gesehen hielten sich die Teilnehmer an verschiedenen Orten in Grossbritannien auf.</p>
<p><b>Stichprobe:</b> Es wurden zielgerichtet 20 Patienten ausgewählt, welche einen ernsthaften Suizidversuch hinter sich haben und in Betreuung von ausgebildeten Pflegefachpersonen sind.</p>
<p><b>Methode:</b> Die Daten wurden anhand von halbstrukturierten Interviews erfasst. Der Prozess der Datenerhebung und der Datenanalyse wurden gleichzeitig und iterativ durchgeführt d.h. die Fragebögen der Interviews wurden fortlaufend umgeschrieben und somit fokussierter und sachbezogener, was bedeutet, dass der erste interviewte Patient nicht die selben Fragen beantworten musste wie der 15te Teilnehmer. Die Interviews dauerten zwischen ein und zwei Stunden und wurden anschliessend transkribiert. Die Transkriptionen wurden analysiert und die gesammelten Daten in Kategorien eingeteilt.</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Die Ergebnisse der Studie sind mittels eines Modells aufgezeigt. In den Interviews berichteten die befragten Patienten übereinstimmend über ein Gefühl der Trennung von der Menschheit/Menschlichkeit (humanity, fortan kurz: Menschlichkeit). Daher liegt es nahe suizidalen Patienten das Gefühl der Wiederverbindung mit der Menschlichkeit zu erleichtern. Aus dieser Hauptaussage wurde der Titel „Die Wiederverbindung des Menschen mit der Menschlichkeit“ abgeleitet, welcher die Kern-Variable der Theorie darstellt. Dieser Begriff erlaubt das Konzipieren eines dreistufigen Prozesses der Genesung: 1. Ein Bild der Menschlichkeit widerspiegeln, 2. Den Einzelnen zurück zur Menschlichkeit führen und 3. Lernen, mit seinen Problemen zu leben. Jede der drei Phasen wird von zwei Gesichtspunkten aus beurteilt: Die erste Perspektive beschreibt das, was der Patient erlebt und wahrnimmt. Der zweite Blickwinkel erfasst die Strategie und Vorgehensweise der Pflegefachperson. In der ersten Phase erlebt der Patient intensiv einen warmen, pflegebasierten Mensch zu Mensch Kontakt. Die Pflegefachperson baut eine Beziehung zu dem Patienten auf. Sie vermittelt dem Patienten das jemand da ist, der zuhört, der versucht die Patienten und seine Situation zu verstehen ohne dabei Vorurteile zu hegen. In der zweiten Phase kann der Patient offen sprechen, dadurch fühlt er sich verstanden und gewinnt wertvolle neue Erkenntnisse. Dabei unterstützt und stärkt die Pflegefachperson die präsuizidalen Überzeugungen und Erfahrungen. Die dritte Phase verfolgt das Ziel, dass sich der Patient hoffnungsvoll und wiederverbunden mit der Menschlichkeit fühlt, indem er sein Beziehungsnetz wieder aufbaut. Er ist in der Lage sich Krisen in der Vergangenheit, in der Gegenwart und in der Zukunft zu stellen und sich anzupassen. Um dies zu erreichen, hilft und unterstützt die Pflegefachperson dem Patienten dabei, einen Überblick über seine Lebenssituation zu gewinnen und weist ihn auf die existentielle Bedeutung des Suizides hin. Zum Schluss verlaufen alle drei Phasen des Modells darauf hinaus, dass der Patient eine Begegnung mit einer neuen zwischenmenschlichen, helfenden Beziehung erfährt.</p>

**Ethik:** Dazu wurde nichts berichtet.

<b>Duffy, D. (1995). Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 21 (5), 944–950.</b>
<b>Ziel:</b> Untersuchen auf welche Weise psychiatrische Pflegefachpersonen die konstante Beobachtung bei suizidalen stationären Patienten durchführen.
<b>Design:</b> Qualitative Studie.
<b>Setting:</b> Stationäre psychiatrische Akutstation mit 66 Betten in England.
<b>Stichprobe:</b> Die Studienteilnehmer setzten sich aus zehn voll ausgebildeten sowie weniger qualifizierten Pflegefachpersonen zusammen.
<b>Methode:</b> Die Daten wurden anhand von halbstrukturierten Interviews erfasst. Die Studienteilnehmer führten über eine ungewisse Zeitspanne Beobachtungen bei weiblichen sowie männlichen Patienten durch. Das Interesse des Forschers galt jedoch nicht den Personen, sondern lediglich dem Prozess. Die Analyse der gesammelten Daten erfolgte anhand von Codes, um geeignete Kategorien zu bilden. Dies wurde solange ausgewertet, bis die Umrisse einer inhaltlichen Theorie hervortraten.
<p><b>Ergebnisse:</b> Aus der Analyse kristallisierten sich neun Kategorien heraus. Diese ließen sich unter die zwei Bereiche der Pflege und der Patienten unterteilen.</p> <p>Die Mitarbeiter zentrierte Kategorien umfassen: a) eine Konstante Beobachtung initiieren, b) eine Konstante Beobachtung anpassen, c) die Konstante Beobachtung beenden und d) die Patientendaten kommunizieren. Die Patienten zentrierte Kategorien enthalten: e) Verhinderung von selbstschädigendem Verhalten, f) Herstellen einer menschlichen Beziehung, g) Einschätzung der Situation des Patienten, h) Das Verhalten des Patienten wird in Richtung gesellschaftlich akzeptabler Normen verändert und i) Zeitvertrieb, wenn keine therapeutische Intervention stattfindet.</p> <p>Aus den neun aufgezeigten Kategorien ließen sich zwei Kernkategorien bilden: 1. „Kontrolle“ (a) bis d)) und 2. „Hilfe“ (e) bis i)) Jede der neun Kategorien zeigten eine gewisse Ambivalenz zwischen der paternalistischen Kontrolle auf der einen Seite und der humanistischen Hilfe bzw. Förderung der Autonomie. Diese zwei kontroversen Kategorien zeigen einen Widerspruch auf.</p>
<b>Ethik:</b> Während unterstellt werden darf, dass die Pflegefachpersonen freiwillig teilgenommen haben, wird aus der Studie nicht ersichtlich, ob das Einverständnis der beobachteten Patienten eingeholt worden ist.

<b>Fletcher, R. F. (1999). The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 6 (1), 9–14.</b>
<b>Ziel:</b> Erfassung der Sichtweise von Pflegefachpersonen und Patienten bezüglich der Absicht, Art und Bedeutung der konstanten Überwachung sowie Ermittlung der Gemeinsamkeiten wie Unterschiede bei diesen Sichtweisen und Beobachtungen.
<b>Design:</b> Qualitative Studie.
<b>Setting:</b> Eine Akut-Psychiatrie Klinik an der Südküste der Vereinigten Königreiches.
<b>Stichprobe:</b> Es nahmen 12 Pflegefachpersonen und 6 Patienten an der Studie teil. Die Gruppe der Pflegefachpersonen war mit sieben Frauen und fünf Männer besetzt. Die Qualifikationen der Pflegekräfte waren unterschiedlich. Die Gruppe der Patienten setzt sich aus vier Frauen sowie zwei Männern zusammen. Die Patienten waren suizidgefährdet und standen die letzten 48 Stunden unter enger Überwachung.
<b>Methode:</b> Die Daten wurden anhand von halbstrukturierten Interviews zusammengetragen. Die Befragungen fanden anschließend an eine Beobachtungssequenz der Teilnehmer statt. Um zu vermeiden, dass wichtige Aspekte fehlen könnten oder übersehen werden, hatten die Studienteilnehmer nach der Befragung Zeit bedeutende Faktoren, welche ihrer Meinung nach im Gespräch nicht aufgegriffen worden sind zu melden. Die Analyse der gesammelten Daten erfolgte nach der Transkription auf Karten anhand einer Inhaltsanalyse. Es kristallisierten sich diverse Kategorien und Subkategorien heraus. Um die Kategorien und Subkategorien so objektiv wie möglich zu gestalten, wurden diese Karten von einem Kollegen ebenfalls sortiert und neudefiniert, somit wurde auf einen Konsens im Forscherteam geachtet.
<p><b>Ergebnisse:</b> Die Resultate wurden zur Veranschaulichung anhand eines Schemas aufgezeigt. Aus den Ergebnissen heraus ließen sich zwei Hauptkategorien erkennen: 1. Therapeutische Maßnahmen und 2. Kontrolle der Aktivitäten des Patienten.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Therapeutische Maßnahmen: Die therapeutischen Aktionen lassen sich in drei Kategorien unterteilen. Von der ersten, dem von den Pflegefachpersonen angestrebten Erleichtern des Ausdrückens von Gedanken und Gefühlen, inkl. Positives Denken, Religion und Vertragsabschluss wird vom Patient lediglich wahrgenommen, dass über Gefühle geredet wird. Beim Gewähren lassen und Unterstützten, wird die körperliche Fürsorge, der soziale Small-talk und die Freizeitgestaltung wahrgenommen, nicht aber dass die Pflegefachperson bewusst ruhig dasitzt und sich zurück nimmt. Der Sinn von bestimmten Vorgehensweisen wird von den Patienten ebenfalls überhaupt nicht wahrgenommen.</li> <li>2. Kontrolle: Der Versuch, Schaden abzuwenden wird von den Patienten als Freiheitsbeschränkung wahrgenommen. Das Halten von Distanz der Pflegefachfrau wird von den Patienten als Weigerung empfunden, über Gefühle zu sprechen. Zwangsmassnahmen werden als autoritär wahrgenommen und der Einsatz von Medikamenten wird von den Patienten als Versuch interpretiert, sie durch chemische Substanz ruhigzustellen.</li> </ol> <p>Die therapeutischen Maßnahmen verfolgen zudem das Ziel, dass Probleme mit dem Patienten gemeinsam angegangen werden, das Selbstwertgefühl der Patienten muss aufgebaut und Respekt entgegen gebracht werden. Dieser Therapieansatz besteht aus fünf Unterkategorien: Ventilation: Gefühlen freien Lauf lassen, Hoffnung wecken, Aufmerksamkeit schenken und Wohlbefinden steigern. Bei der Kontrolle handelt es sich um den traditionellen Weg. Solche engmaschigen Bertreuungen ist für Pflegefachpersonen eine belastende Aufgabe. Sie tragen die Verantwortung und fühlen sich im Falle eines vollzogenen Suizides niedergeschlagen und schlecht.</p> <p>Zusammenfassend kann gesagt werden, dass zukünftig die Kontrolle durch therapeutische</p>

Maßnahmen ersetzt werden sollte. Diese Form von Intervention bringt auf Seiten der Patienten sowie der Pflege vermehrt positive Ergebnisse.

**Ethik:** Dazu wurde nichts erwähnt.

<p><b>McLaughlin, C. (1999). An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patient care for suicidal patients. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 29 (5), 1042–1051.</b></p>
<p><b>Ziel:</b> Erfassen der Ansicht der Patienten und der Pflegefachpersonen bezüglich der Pflege, welche suizidale Patienten erfahren-, sowie herauszufinden, wie die Pflege für suizidale Patienten verbessert werden könnte.</p>
<p><b>Design:</b> Qualitative Studie.</p>
<p><b>Setting:</b> In einer psychiatrischen Klinik, auf drei verschiedenen Stationen, in Nordirland.</p>
<p><b>Stichprobe:</b> Die Teilnehmerzahl setzte sich aus 20 Pflegefachpersonen und 17 Patienten zusammen. Die Pflegefachpersonen waren alle registriert und bestanden aus 80% Frauen. 35% absolvierten ihre Ausbildung vor 1983 und 60% wurden auf einem erhöhten Grad eingestuft. Die zugelassenen Patienten litten entweder an einer Depression, hatten Suizidgedanken und/oder zeigten suizidales Verhalten. Die Altersuntergrenze lag bei 16 Jahren und kein Patient durfte akut erkrankt sein. Ebenfalls mussten die Patienten bereits sieben Tage in stationärer Behandlung, sowie absprachefähig sein. 41% der Patienten waren männlich und im Alter zwischen 20-50 Jahren. 59% waren weibliche Teilnehmer und lagen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren.</p>
<p><b>Methode:</b> Die Datensammlung erfolgte anhand von halbstrukturierten Interviews. Die Teilnehmer wurden an einem Arbeitstag für 620 Minuten beobachtet, anschließend wurden sie anhand eines ausgearbeiteten Fragebogens interviewt. Die Fragebögen wurden in einem Pilotverfahren zuerst getestet und angepasst bevor die endgültigen Fragen verfasst wurden. Die Gruppe der Pflegefachpersonen erhielten sechs, die Gruppe der Patienten sieben Fragen. Jedes Interview hatte eine Dauer von 20 Minuten. Die gesammelten und transkribierten Daten wurden anhand einer Inhaltsanalyse ausgewertet, abgesehen von einer Interview-Frage, welche die Pflegefachpersonen beantworten mussten; diese wurde anhand einer Skala analysiert.</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Da die Fragestellungen unterschiedlich waren, wurden die Resultate der Studie in die Gruppe der Pflegefachpersonen und in die der Patienten unterteilt und dargelegt.</p> <p><i>Die Antworten der Pflegefachpersonen:</i></p> <p>Aus der Befragung ist zusammenfassend zu folgern, dass der normale Arbeitstag für 60% der Pflegefachpersonen nicht so verläuft, wie sie es sich wünschen oder vorstellen. Dabei wird besonders der Zeitfaktor genannt, dass nicht genügend Zeit zur Verfügung steht um den Patienten ausreichend zu betreuen. Was die Kompetenzen einer qualifizierten Pflegefachperson betrifft so wird eindeutig die Kommunikation als die wichtigste erachtet. Trotz dieser Aussage konnten nur 20% eine verbale Strategie benennen. Es war nur ein Teilnehmer in der Lage alle Strategien aufzuzählen. Als ebenso wichtig wurde mit 75% die nonverbale Kommunikation empfunden. Betreffend den kommunikativen Fähigkeiten erhielten 95% eine Schulung in der Grundausbildung, aber 35% davon können sich nicht mehr an die Inhalte erinnern. Die Frage, ob die Pflegefachpersonen die erlernten kommunikativen Fähigkeiten beim Patienten bewusst anwenden, wurde wie folgt beantwortet: 45% antworteten mit ja, 35% mit nein und 15% gaben an, sie unbewusst anzuwenden an. Bei der Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen stufen sich 9 der Teilnehmer bei der nonverbalen Kommunikation als überdurchschnittlich qualifiziert ein, die restlichen elf Personen schätzten sich als mittelmäßig kompetent ein. Demgegenüber schätzten sich die gleichen Teilnehmer hinsichtlich der kommunikativen Fähigkeiten als nicht-überdurchschnittlich ein. 90% fanden, dass sie ihre kommunikativen Fähigkeiten verbessern könnten. 70% sagten aus, wenn sie die kommunikativen Fähigkeiten fördern würden, könnten sie ihre Arbeitsqualität verbessern. Um die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu optimieren</p>



wurden Kurse, mehr Vermittlung von Theorie sowie Rollenspiele und vermehrte Feedbacks von Teamkollegen genannt.

*Die Aussagen der Patienten:*

Aus der Umfrage ist zu entnehmen, 10 Patienten den Namen ihrer Bezugspersonen kennen, 5 antworteten mit nein und 2 waren sich unsicher. 8 der Teilnehmer führten an jedem Arbeitstag der Bezugsperson ein Gespräch mit ihr, wobei 6 Patienten über ihre Probleme sprachen und 4 nur über allgemeine, unbedeutende Angelegenheiten. Nur drei Patienten äußerten, dass ihre Bezugsperson die Person war, welche ihnen am meisten geholfen und sie unterstützt hat. Bei 15 Patienten waren das andere Mitarbeiter des Teams. Bei der Frage was dem Patienten hilft, gaben 13 an, das Zuhören und ehrliches Interesse an ihnen Zeigen sie am meisten unterstützte. 2 Teilnehmern ist besonders das Zuhören wichtig und 1 Patient konnte nicht sagen, was ihm hilft. Bezüglich der Zeit, welche mit der Bezugsperson verbracht wird, machten 8 die Aussage, dass diese ihnen genüge um über Probleme zu sprechen, 6 würden mehr Zeit benötigen und 3 waren sich dessen unsicher. Wenn Gespräche mit anderen Pflegefachpersonen stattfinden beinhalten diese bei 5 Patienten das Besprechen ihrer Probleme und bei 10 sei dies soziale Konversation um eine gute Atmosphäre auf der Station zu schaffen. Die Pflegefachpersonen sollten mehr Zeit aufwenden, um mit dem Patienten über seine Situation und Probleme sprechen zu können, die meisten gaben an, das Bedürfnis zu haben darüber zu reden. Ebenfalls erwähnt wurde die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten der Pflegefachpersonen. Einige waren der Meinung, dass nichts verbessert werden muss, um die Pflegequalität zu optimieren.

**Ethik:** Die Studie wurde bei der regionalen Ethikkommission akzeptiert, sowie von der Verwaltung der Klinik, wo die Interviews statt gefunden haben. Die Patienten wurden informiert und gaben ihre Zustimmung.

<b>Page, S. A. &amp; King, M. C. (2008). No-Suicide Agreements: Current Practices and Opinions in a Canadian Urban Health Region. <i>The Canadian Journal of Psychiatry</i>, 53 (3), 169–176.</b>
<b>Ziel:</b> Bestimmen, in welchem Ausmaß Non-Suizid-Verträge (NSV) wahrgenommen und von Therapeuten gebraucht werden, sowie in welcher Form diese Verträge ausgeführt werden.
<b>Design:</b> Quantitative Studie, nicht experimentell.
<b>Setting:</b> Ambulanter psychiatrischer Dienst in ganz Calgary in Kanada.
<b>Stichprobe:</b> 524 Psychiater, Psychologen, Pflegefachpersonen, Ergotherapeuten sowie Sozial Arbeiter wurden angefragt. Die Rücklaufquote belief sich auf 312 Antworten (= 60,5%).
<b>Methode:</b> Die Datensammlung erfolgte durch eine Retrospektive Befragung. Die Autoren entwickelten eine Umfrage, welche 20 multiple-choice- und offene Fragen beinhaltet. Die gestellten Fragen untersuchten demographische sowie klinische Praxis Informationen. Ebenso wurde Material zum Umgang und den Meinungen zu Non-Suizid-Verträgen gesammelt. Dazu gehörte: der Umfang der Benutzung, verwendete Ausführung, Gründe für die Nutzung und Nichtnutzung, Umfang der Ausbildung, Suizide und Suizidversuche von Patienten während der Anwendung von Non-Suizid-Verträgen. Der Umfragebogen wurde von Experten begutachtet und angepasst. Die Fragebögen wurden per E-Mail an alle qualifizierten Teilnehmer versendet. Innerhalb von zwei Wochen sollten die ausgefüllten Umfragen zurückkehren, war dies nicht der Fall, so wurde eine Erinnerung geschickt. Nach vier Wochen wurde ein zweiter Umfragebogen an die Teilnehmer gesendet, welche bis dahin immer noch nicht geantwortet haben. Die Analyse der Daten erfolgte anhand von deskriptiven Statistiken und einer Multiplen regressions- Analyse. Die Textdaten wurden mittels einer Inhaltsanalyse ausgewertet.
<p><b>Ergebnisse:</b> Von den 524 verschickten Umfragen wurden 312 den Autoren zurück gesendet (= 60,5%). 60% der Teilnehmer waren weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 49,2 Jahren und die Berufserfahrung 18 Jahre. Die Mehrheit der Studienteilnehmer arbeiteten im Schnitt 50% im ambulanten Bereich oder in einer privaten Praxis. 82,9% der Befragten wandten die Non-Suizid-Verträge an. 20% brauchten ihn im letzten halben Jahr. 84,2% der Verträge wurden mündlich abgeschlossen, entsprechend werden die Verträge selten schriftlich festgehalten. 57% der Teilnehmer haben eine Schulung bezüglich der Anwendung des Non-Suizid-Vertrages absolviert. 31,4% hatten die Erfahrung gemacht, dass Patienten trotz eines Non-Suizid-Vertrages einen Suizidversuch unternommen oder einen Suizid vollzogen hatten. Nach Ablauf des Non-Suizid-Vertrages begingen 12,9% Suizid oder versuchten sich zu suizidieren und 27,6% waren sich unsicher über ihre diesbezüglichen Absichten. Therapeuten aus nicht medizinischen Bereichen wandten die Non-Suizid-Verträge häufiger an als diejenigen aus medizinischen Bereichen an. Gründe weshalb die Verträge nicht angewendet wurden waren folgende: rechtlich nicht vertretbar (n=4), fehlende Beweise für die Wirksamkeit der Non-Suizid-Verträge (n=8), diese Methode ist nicht geeignet für die Patienten (n=4) und die Präferenz eines anderen Ansatzes für das Risikomanagement (n=17). Als Alternativen zu den Non-Suizid-Verträgen wurden diese genannt: Sicherheitspläne einschließlich Maßnahmen um suizidale Gefühlseskalationen vorzubeugen (n=88), Vorkehrungen treffen zur Einweisung ins Spital, sei dies freiwillig oder unfreiwillig (n=74) und Gespräche mit den Patienten über die Folgen des Suizides für die Angehörigen und das Sich-Fokussieren auf Zukunftspläne sowie Therapieziele.</p> <p>Non-Suizid-Verträge sind weit verbreitet, obwohl sie in ihrer Wirkung nicht wissenschaftlich belegt sind, es existieren wenige publizierte Belege, welche beweisen, dass die Anzahl der Suizide reduziert wird. Trotzdem denken 50% der Teilnehmer, dass die Verträge das Suizidrisiko senken, die restlichen 50% sind jedoch der Ansicht, dass die Verträge eher die „Angst“ des Perso-</p>

nals reduziert.

**Ethik:** Die Ethikkommission der Universität von Calgary genehmigte die Studie. Die Zusage durch die Zurücksendung der ausgefüllten Fragebögen der Teilnehmer erfolgte anonym.

<b>Pitula, C. R. &amp; Cardell, C. (1996). Suicidal Inpatients` Experience of Constant Observation. <i>Psychiatric Services</i>, 47 (6), 649–651.</b>
<b>Ziel:</b> Erfassen der Erfahrungen von stationären suizidalen Patienten bei konstanter Beobachtung.
<b>Design:</b> Qualitative Studie.
<b>Setting:</b> Die Studie wurde auf zwei Psychiatrie Stationen durchgeführt, die eine befand sich im Mittleren Westen, die andere im pazifischen Nordwesten der USA.
<b>Stichprobe:</b> Von 16 Patienten nahmen 14 an der Studie teil. Darunter befanden sich acht Frauen und sechs Männer. Das Alter betrug zwischen 21 und 47 Jahren. Ein männlicher Teilnehmer hat die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Sieben Frauen und vier Männer leiden unter einer depressiven Erkrankung, dazu hat ein Mann eine Anpassungsstörung, sowie zwei Frauen eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung. Zu den Teilnehmern mit einer psychotischen Erkrankung gehören eine Frau und ein Mann.
<b>Methode:</b> Die Studienteilnehmer wurden zwischen 16 Stunden und 3,5 Tagen (ein Durchschnitt von 34 Stunden) konstant unter Beobachtung gestellt. Die Erfahrungen der Teilnehmer wurden anhand von ausführlichen und detaillierten Interviews festgehalten. Die Forscher verwendeten für die Interviews einen Leitfaden mit offenen Fragen um die Emotionen zu erfassen, dabei wurde der Fokus auf vier Hauptthemen der Behandlung gelegt: 1. Wie wurde der Entschluss, unter konstante Überwachung gehalten zu werden, aufgefasst? 2. Während der konstanten Überwachung 3. Wie wurde der Moment erlebt, als die Entscheidung fiel, die konstante Überwachung zu beenden und 4. Nachdem die konstante Überwachung beendet war. Alle Interviews, abgesehen von zwei Teilnehmern wurden mit einem Tonband aufgenommen und transkribiert, die anderen zwei Interviews wurden schriftlich festgehalten. Die Tonbandaufnahmen sowie die schriftlichen Aufzeichnungen wurden analysiert und in Kategorien aufgeteilt. Als Leitfaden für die Unterteilung der Themen diente eine phänomenologische Methode, wobei auf einen Konsens im Forscherteam geachtet wurde.
<b>Ergebnisse:</b> Aus den Berichten der Teilnehmer von ihren Erfahrungen mit konstanter Überwachung kristallisieren sich drei Hauptthemen heraus: 1. Erhalten der Sicherheit 2. Wiederherstellung von Hoffnung und 3. Peinliche Zwischenfälle. 1. Erhaltung der Sicherheit: Die Studienteilnehmer berichten über ein Gefühl der Sicherheit bei der Anwesenheit von Pflegefachpersonen. Diese können im Falle einer selbstzerstörerischen Impulsreaktion des Patienten eingreifen und Schlimmeres verhindern. 2. Wiederherstellung von Hoffnung: Durch die Unterstützung der Beobachtern können die Patienten im Glauben ermutigt werden, ihre Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit zu überwinden. Durch die Wechselwirkungen mit dem Pflegepersonal wurde den Patienten das Gefühl vermittelt, geschätzt und verstanden zu werden vermittelt. Durch diese Interaktion zwischen Patient und Pflegefachperson nimmt das Gefühl der Verbundenheit zu und das der Isolation schwindet. 3. Peinliche Zwischenfälle: Das Fehlen von Wechselwirkungen in der therapeutischen Beziehung und häufiger Wechsel der Pflegefachperson löste bei den Teilnehmern peinliche Gefühle aus. Einige fühlten sich als eine Last oder als Gefangener. Diese negativen Gefühle traten vermehrt bei ausgebildetem Personal auf. Bei den Laien erhielten die Teilnehmer mehr Intimsphäre und waren im Bezug auf Ablenkung und Freizeitgestaltung der Patienten viel engagierter. Ebenso wurde die Dauer der engmaschigen Überwachung von allen Teilnehmern kommentiert, wobei es unterschiedliche Meinungen dazu gab. Die krasse Einschränkung der Privatsphäre wurde von allen Teilnehmern als unerträglich beschrieben. Bei einigen Teilnehmern hätten die Suizidgedanken sogar zugenommen, wäre die konstante Überwachung nicht beendet worden.

**Ethik:** Dazu wurde nichts berichtet.

<p><b>Sun, F.K., Long, A., Boore, J. &amp; Tsao, L. I. (2006). Patients and nurses` perception of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 15 (1), 83–92.</b></p>
<p><b>Ziel:</b> Untersuchen der Sichtweise von Pflegefachperson und Patient, im Kontext der akuten psychiatrischen Station über die Art der Pflege, welche suizidale Patienten erhalten.</p>
<p><b>Design:</b> Qualitative Teilstudie.</p>
<p><b>Setting:</b> Psychiatrische Stationen in drei Spitälern Taiwans.</p>
<p><b>Stichprobe:</b> Es wurden zielgerichtet 15 Pflegefachpersonen und 15 Patienten ausgewählt. Die Pflegefachpersonen waren alle registriert und hatten ein Minimum sechs Monaten Berufserfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie sowie Erfahrungen mit mindestens drei Suizidversuchen gemacht. Es waren alle Frauen und befanden sich zwischen dem 21. und 49. Lebensjahr. Die Patientengruppe setzte sich aus 9 Frauen und 6 Männern zusammen. Das Alter lag zwischen 16 und 47. Die Dauer eines stationären Aufenthalts betrug zwischen 7 und 30 Tagen. Vier Patienten hatten seit zwei Wochen Suizidgedanken und elf der Teilnehmer hatten einen Suizidversuch durch eine Überdosis von Drogen oder Aufschneiden der Pulsadern am Handgelenk begangen.</p>
<p><b>Methode:</b> Der Prozess der Datensammlung und Analyse erfolgte gleichzeitig. Die Studienteilnehmer wurden für einen Tag, von acht bis vier Uhr, beobachtet. Dabei hat ein Forscher bei der Arbeit mitgewirkt, um eine Beziehung zum Teilnehmer aufzubauen. Gleichzeitig führte er die Observation durch und nahm Notizen. Danach wurden die Teilnehmer 45 Minuten lang befragt. Die Informationen wurden mittels halbstrukturierten Interviews erfasst. Die Interviews der Pflegefachpersonen wurden durch vier Themen geleitet: 1. Die Pflege von suizidalen Patienten 2. Kommunikation mit suizidalen Patienten 3. Belastende Begegnung, wenn ein Patient einen Suizidversuch unternommen hat und 4. Gründe für einen Suizidversuch. Die Befragungen der Patienten wurden in folgende Themen eingeteilt: 1. „Wie war die Woche für dich?“ 2. „Wie hat die Pflegefachperson dich betreut?“ 3. „Wie fühlst du dich auf dieser Station?“ und 4. „Weshalb unternehmen Menschen einen Suizidversuch?“ Die Daten wurden transkribiert und in Kategorien eingeteilt. Zur Analyse wurde ein analytisches Schema verwendet um daraus eine Theorie entwickeln zu können.</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Die Forscher entwickelten eine inhaltliche Theorie über die Erfahrung und den Prozess der Suizidpflege auf psychiatrischen Stationen. Diese Theorie wurde anhand von zwei schematischen Modellen dargelegt. Das erste Modell stellt den Kontext und das zweite die Faktoren dar, welche die Qualität der Interaktion zwischen Patient und Pflegefachperson beeinflussen, dar. Der Kontext enthält zwei Kategorien: 1. die Teamarbeit und 2. die psychiatrische Stationsumgebung. Diese Kategorien enthalten wiederum Subkategorien. 1. Die Teamarbeit. 1.1 Optimale Zusammenarbeit im Betreuungsteam: Die Team-Zusammenarbeit wird als besonders wichtig angesehen und muss gepflegt sein. 1.2 Team Mitarbeit: Dazu wurden drei Konzepte ersichtlich. 1. Einheitliche Ansätze verfolgen 2. Bedeutung der Teambesprechungen 3. Bedeutung der Teamzusammenarbeit. 1.3 Behandlung und Therapie: Die Resultate zeigten die fünf wichtigsten Formen der Behandlung auf: Medikamente, Elektrokrampftherapie, Gruppentherapie, Psychotherapie und Sporttherapie. Jedes Teammitglied wirkte an diesen Behandlungsformen in seinem Aufgabenbereich mit.</p> <p>2. Psychiatrische Stationsumgebung. 2.1 Schützende Umgebung: Eine geschützte Umgebung reduziert selbstzerstörerisches Verhalten. Dabei wurden fünf Konzepte hervorgehoben: 1. geschlossene Umgebung 2. ruhige Umgebung 3. Schutzraum 4. Verwaltung von gefährlichen Gegenständen 5. Zwischenmenschliche Interaktionen. 2.2 Umgebungsprobleme: Es existieren noch Gefahrzonen auf der Station wie z. B. das Bad, wo sie in Versuchung geraten würden Sui-</p>

zid zu begehen. Eine laute Umgebung sowie die Einschränkung der Autonomie wurden missbilligt. Der Eingriff in die Privatsphäre durch strenge Kontrollen, sowie Mitpatienten, die Angst einflössen und verunsichern.

Das zweite Model der Faktoren, welche die Qualität der Interaktion zwischen Patient und Pflegefachperson beeinflussen, ist in zwei Bereiche unterteilt: 1. Faktoren, welche die Interaktionen begünstigen und 2. Elemente, welche die Interaktion hemmen.

1. Erleichternde Faktoren. 1.1 Die Einstellungen und Überzeugungen einer Pflegefachperson haben einen Einfluss auf die Pflege: Eine nicht-wertende Haltung: Viele der Pflegefachpersonen äußerten eine nicht wertende Haltung zu haben, solche sind: Keine diskriminierende Einstellung, Sympathie, Fürsorge und die Bereitschaft dem Patienten Glauben zu schenken. 1.2 Unterstützungssysteme: beinhaltet zwei Subkategorien: 1. Gruppen-Unterstützung: von diversen Menschen wie Familie, Freunde, Mitpatienten, usw. 2. Geistige Unterstützung: Innere Stärken und Ressourcen sowie die Religion werden hier genannt. Besonders vom Beten wird neue Kraft geschöpft.

2. Hemmende Faktoren. 2.1 Die Einstellungen und Überzeugungen einer ,Pflegefachperson haben einen Einfluss auf die Qualität der Pflege: Eine wertende Haltung: Fünf negative Emotionen, welche Pflegefachpersonen gegenüber den Patienten verspürten: 1. Zorn/ Wut 2. Hass 3. Patient sucht nur die Aufmerksamkeit 4. Patient übernimmt keine Verantwortung für sein Leben 5. Der Patient verhält sich töricht/närrisch. 2.2 Barrieren der Pflege: diese enthält drei Subkategorien: 1. Die Machtlosigkeit der Pflegefachperson 2. Zeitdruck 3. Schwierigkeiten bei der Suizidprävention. 1. Die Machtlosigkeit: Diese Subkategorie ist durch sechs Konzepte definiert: 1. unzureichende Ausbildung und Training 2. Mangelnde Kompetenzen 3. Stress 4. Mangel an Kooperation unter den Teammitgliedern 5. unkonsequenter Umgang mit Bürokratie, Pflege und Administration. 2. Zeitdruck: Das Konzept enthält drei Elemente: Zeitmangel, zu beschäftigt, um sich um die Patienten zu kümmern und personelle Probleme. 3. Schwierigkeiten bei der Suizidprävention: Einen Suizid ist aufgrund folgender Faktoren schwierig zu verhindern: einfacher Zugang zu tödlichen Gegenständen, Schwierig die suizidalen Gedanken zu ändern, es ist beschwerlich, die Gedanken und Gefühle der Patienten zu verstehen und beurteilen, fehlende Kooperation der Patienten oder deren Familien. 2.3 Patientens negative Gedanken und Gefühle gegenüber der Pflege: Diese wird in zwei Subkategorien unterteilt: 1. Negative Gedanken und Gefühle: Die Patienten hatten diese negativen Gedanken und Emotionen, wenn sie auf der psychiatrischen Station aufgenommen wurden: Sie wussten nicht, wer ihre Bezugsperson war, die Pflegefachperson ging nicht auf die Gefühle ein und verhielt sich taktlos. 2. Praktische Probleme: Die Patienten beklagten sich über zwei Probleme: 1. Die Sicherheitsmassnahmen werden nicht kontinuierlich und regelmäßig kontrolliert. Dies bietet den Patienten mehr Möglichkeiten sich etwas anzutun 2. Die Nebenwirkungen der Medikamente (Zittern der Hände & Gewichtszunahme).

**Ethik:** Die Ethikkomitee in allen drei Spitälern gab die Erlaubnis die Studie durch zu führen. Alle Studienteilnehmer wurden informiert. Bei zwei Minderjährigen Teilnehmern wurden die Eltern um Erlaubnis gefragt. Ebenso wurden die vier Grundprinzipien der Ethik während der ganzen Studie berücksichtigt.

<p><b>Vrale, G. B. &amp; Steen, E. (2005). The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 12 (5), 513–518.</b></p>
<p><b>Ziel:</b> Beschreibung wie erfahrene Pflegefachpersonen bei konstanter Überwachung von suizidalen Patienten arbeiten.</p>
<p><b>Design:</b> Qualitative Studie.</p>
<p><b>Setting:</b> Die Teilnehmer stammen aus vier verschiedenen Akut Psychiatrien in Oslo.</p>
<p><b>Stichprobe:</b> Die Teilnehmer bestanden aus fünf Pflegefachpersonen; zwei Männer und drei Frauen. Die Pflegefachpersonen wurden anhand der Kriterien a) langjährige Berufserfahrung und b) Besitz eines qualifizierten Fachwissens ausgewählt.</p>
<p><b>Methode:</b> Die Daten wurden mittels Interviews mit Tonband erfasst. Es wurden fünf detaillierte individuelle und zwei fokussierte Gruppen-Interviews durchgeführt. Die individuellen Befragungen dauerten etwa 90 Minuten und beinhalteten den Bericht über einen gelungenen Fall von konstanter Beobachtung. Die fokussierten Gruppen-Interviews dauerten jeweils 150 Minuten. Ein männlicher Teilnehmer war bei einer Gruppen Befragung verhindert. Die Aufnahmen wurden transkribiert und anhand der thematischen Inhaltsanalyse analysiert und die gesammelten Daten wurden in Kategorien und Unterkategorien eingeteilt. Dadurch, dass auf einen Konsens im Forscherteam geachtet wurde, entstanden Neudefinierungen und Vertiefungen der Kategorien.</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Die konstante Überwachung ist in drei Organisationsphasen aufgeteilt: 1. Entscheidung treffen, ob eine Überwachung nötig ist 2. Ausführen der Überwachung und 3. Beenden der Überwachung. Die Ergebnisse der Studie sind anhand dieser drei Phasen sowie den Übergangsphasen dargelegt. 1. Phase: Es findet eine Einschätzung des Suizidrisikos statt, dazu wird der Patient beobachtet, um ein Gesamtbild zu erhalten. Danach fällt die Entscheidung multidisziplinär, ob der Patient eine konstante Überwachung benötigt. 1. Übergangsphase: Der Patient wird über die gefallene Entscheidung informiert und eingeführt. Dabei ist wichtig, deutlich, klar und langsam zu sprechen, das vermittelt Ruhe. Anschliessend wird der Entscheidungsprozess dokumentiert. 2. Phase: Die konstante Überwachung wird eingeführt. Dabei stehen zwei Anliegen im Mittelpunkt: Die Kontrolle der Sicherheit und die therapeutische Beziehung. Um die Sicherheit gewährleisten zu können steht der Patient unter ständiger Beobachtung, was zur Verletzung der Privatsphäre führen kann. Die therapeutische Beziehung zum Patienten nimmt eine zentrale Rolle ein. Die Teilnehmer der Studie haben vier Aspekte beschrieben, welche ausschlaggebend sind, um eine solche Beziehung aufzubauen. Die sind: a) Interesse und Fürsorge zeigen, b) den Kontakt anbieten, c) wichtige Dinge einbeziehen und d) Hoffnung schaffen. 2. Übergangsphase: Eine Einschätzung des Suizidrisikos wie in der 1. Phase sowie die Beurteilung der therapeutischen Beziehung finden in Zusammenarbeit mit dem Patienten statt. Ebenso wird die nächste Stufe der Überwachung geplant, nämlich regelmässige Kontrollen.</p> <p>Aus den Resultaten sind besonders zwei Hauptaspekte beschrieben: 1. Die drei Organisationsphasen sind voraussehbar und zugleich flexibel, was eine dynamische Beziehung ausmacht. Das bedeutet die jeweiligen Aufgaben in den Phasen bleiben immer gleich, wie lange ein Patient jedoch in einer Phase verweilt, ist ungewiss. 2. Die Dynamik zwischen der Sicherheitskontrolle und der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Pflegefachperson ist entscheidend. Die engmaschige Überwachung greift in die Privatsphäre des Patienten ein und trotzdem ist eine solche enge Betreuung eine gute Gelegenheit eine therapeutische Beziehung aufzubauen, was von grosser Wichtigkeit ist, um das Suizidrisiko regelmässig richtig abwägen und einschätzen zu können.</p>



**Ethik:** Die Studie wurde vom regionalen Ethikkomitee akzeptiert. Die Teilnehmer haben freiwillig teilgenommen und konnten jederzeit aussteigen. Die Aufnahmen und Transkriptionen wurden vertraulich gehalten und nach Ende der Studie gelöscht.

## Anhang J

### Die sechs Schritte der EBN-Methode

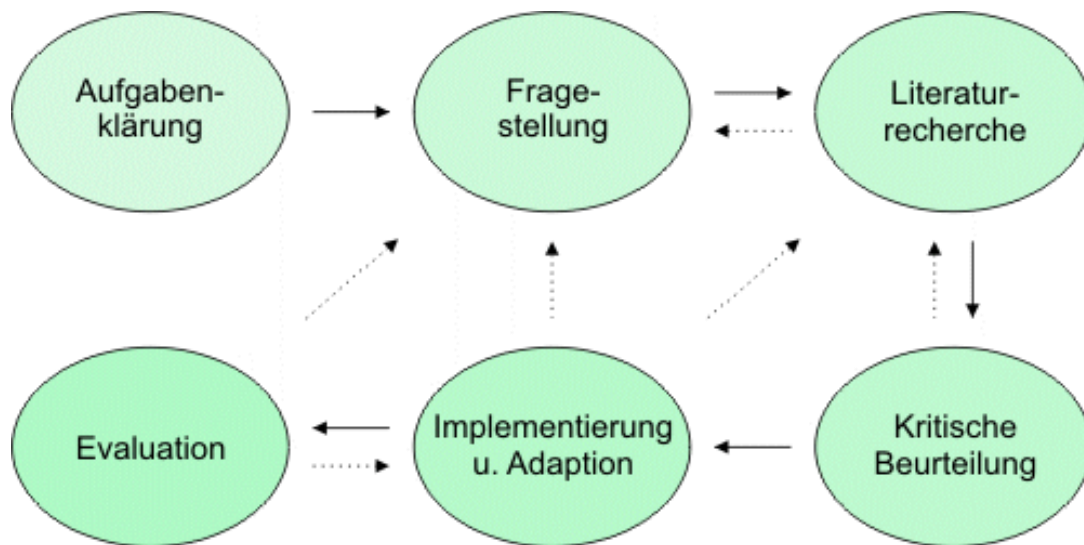


Abb. 2: Die sechs Schritte der EBN-Methode  
(Behrens & Langer, 2004)

## **Anhang K**

### **Selbständigkeitserklärung**

“Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Freiburg, 5. Juli 2010

Schmutz Bettina