

Diplomarbeit FH

# **Anorexia nervosa- Der Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und Patienten**

Eine systematische Literaturübersicht

*Fachhochschule Westschweiz  
Studiengang Pflege  
Kurs 03 – Zentrum Visp*

*Begleitperson: Franziska Heldner-Metzger, Pflegeexpertin Höfa II*

**Stoffel Esther**

*Grossmatta  
3931 Lalden  
esther\_stoffel@hotmail.com*

*Januar 2008*

## **Zusammenfassung**

Die Anorexia nervosa wird definiert als einen charakteristischen selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust, welcher lebensbedrohlich sein kann. Die Behandlung der Anorexia nervosa bei stationären Therapien hat neben der Bearbeitung psychologischer Faktoren eine Wiederherstellung des Normalgewichts zum Ziel. Pflegende nehmen in diesen Situationen eine wichtige Rolle ein. Die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft ist ein wichtiger Teil der Therapie und die therapeutische Beziehung und der Erfolg der Behandlung korrelieren sehr stark miteinander. Die Notwendigkeit einer professionellen Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten kann als ein Mittel zur Erlangung und Förderung der psychosomatischen Gesundheit betrachtet werden.

Häufig wird jedoch der Beziehungsaufbau zu den Anorexia nervosa Patienten von den Pflegenden im Allgemeinkrankenhaus als schwierig empfunden, da sie dazu nur unzureichend ausgebildet sind. Deshalb wird in dieser Arbeit der Frage nachgegangen, welche Faktoren den professionellen Beziehungsaufbau zwischen adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa und Pflegenden hemmen oder fördern.

Ein Jahr wurde in den Datenbanken PubMed, Cinahl, Cochrane und PsycInfo nach Ergebnissen gesucht. Folgende Begriffe wurden für die Datensammlung genutzt: „anorexia nervosa“, „adolescent“, „nurse-patient relations“ und „nurs\*“. Sieben Studien wurden schliesslich zur Beantwortung der Forschungsfrage einbezogen.

Folgende Faktoren wirken sich fördernd auf den professionellen Beziehungsaufbau aus: Interventionen, Grundhaltungen der Pflegenden, erleichternde kontextbestimmende Bedingungen. Beziehungshemmende Grundhaltungen, Frustration bei den Pflegenden, vorgetäushtes Verhalten und erschwerte kontextbestimmende Bedingungen zeigen sich als hemmende Faktoren im professionellen Beziehungsaufbau.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
1.1	PROBLEMBESCHREIBUNG .....	1
1.2	FRAGESTELLUNG .....	3
1.3	ZIELSETZUNG .....	4
<b>2</b>	<b>THEORETISCHER RAHMEN .....</b>	<b>5</b>
2.1	ANOREXIA NERVOSA .....	5
2.1.1	Risikofaktoren .....	5
2.1.2	Therapie und Verlauf .....	6
2.2	ADOLESCENZ .....	7
2.3	PFLEGE UND PROFESSIONELLE BEZIEHUNG .....	7
<b>3</b>	<b>METHODENBESCHREIBUNG .....</b>	<b>9</b>
3.1	DATENSAMMLUNG .....	9
3.2	DATENAUSWAHL UND -ANALYSE .....	10
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>11</b>
4.1	BEZIEHUNGSFÖRDERNDE FAKTOREN .....	12
4.1.1	Interventionen .....	12
4.1.2	Grundhaltungen der Pflegenden .....	14
4.1.3	Erleichternde kontextbestimmende Bedingungen .....	14
4.2	BEZIEHUNGSHEMMENDE FAKTOREN .....	16
4.2.1	Manipulation .....	16
4.2.2	Beziehungshemmende Grundhaltungen .....	17
4.2.3	Frustration bei den Pflegenden .....	18
4.2.4	Vorgetäushtes Verhalten .....	18
4.2.5	Erschwerte kontextbestimmende Bedingungen .....	19
<b>5</b>	<b>DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN .....</b>	<b>20</b>
5.1	BEZIEHUNGSFÖRDERNDE FAKTOREN .....	21
5.1.1	Interventionen .....	21
5.1.2	Grundhaltungen der Pflegenden .....	22
5.1.3	Ressourcen für Pflegende .....	23
5.2	BEZIEHUNGSHEMMENDE FAKTOREN .....	24
5.2.1	Manipulation .....	24
5.2.2	Frustrationen der Pflegenden .....	24
5.2.3	Erschwerte kontextbestimmende Bedingungen .....	25
5.3	KRITISCHE WÜRDIGUNG .....	25
5.4	EMPFEHLUNGEN FÜR WEITERE FORSCHUNGEN .....	27
<b>ANHANG .....</b>	<b>A</b>	

# 1 Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Psychische Störungen sind der häufigste Grund von gesundheitlichen Funktionseinschränkungen bei Frauen in der Adoleszenz. Nach depressiven Störungen, substanzbedingten Störungen und bipolaren Störungen folgen die Essstörungen auf Platz vier. Die gefährlichste Form psychogener Essstörungen ist die Anorexia nervosa. Sie wird nach dem internationalen Klassifikationssystem psychischer Krankheiten, dem ICD-10, durch folgende vier Hauptkriterien definiert: Ein abnormer Gewichtsverlust bis mindestens 15% unter dem erwarteten Gewicht; Körperschemastörung; endokrine Störungen; verzögerte oder gehemmte pubertäre Entwicklungsschritte bei Beginn der Krankheit vor der Pubertät (Schweiger, Peters & Sipos, 2003).

Von Anorexia nervosa sind deutlich mehr Frauen und Mädchen betroffen als Männer und Jungen. Der Erkrankungsbeginn liegt bei Mädchen im Mittel bei 16 Jahren. Zwischen 0.5 und 1% der Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren erkranken an Anorexia nervosa (Fichter, Schweiger, Krieg, Pirke, Ploog & Remschmidt, 2000).

In der Adoleszenz ist Anorexia nervosa die psychische Erkrankung mit der höchsten Sterblichkeitsrate (Geröllinghoff & Backmund, 2000). Wollfield (1994) erklärt, dass die Adoleszenz als eine Übergangsphase und Zeit der Veränderungen in der Entwicklung des Menschen betrachtet werden muss, in welcher die Entwicklung eines positiven Selbstbildes statt findet und Unabhängigkeit gewonnen wird. Cantwell (1976) bezeichnet die Adoleszenz als einen sehr empfindlichen, sensiblen Lebensabschnitt. Coleman ergänzt (1980), dass es sich um eine Phase der Belastungen, Herausforderungen und Chancen handelt. Da Adoleszente häufig unsicher sind wie sie von der Umwelt wahrgenommen werden, entwickeln sie Interpretationen von dem, was andere über sie denken. Zudem hindern ständige negative Rückmeldungen bezüglich ihrem Körperbild den Adoleszenten, ein gesundes Selbstbild aufzubauen, was zu pathologischen Verhaltensmustern führen kann, wie zum Beispiel zu Anorexia nervosa (Cantwell, 1976).

Bei bedrohlichem Untergewicht, somatischen Komplikationen, Scheitern ambulanter Therapiemassnahmen, Erschöpfung der familiären Ressourcen, ausgeprägter psychiatrische Komorbidität sowie Suizidalität ist eine stationäre Aufnahme induziert (Pfeiffer, Hansen, Korte & Lehmkuhl, 2005). Die Behandlung der Anorexia nervosa bei stationären Therapien hat demnach zusätzlich zur Bearbeitung psychologischer Faktoren eine Wiederherstellung des Normalgewichts zum Ziel. Abhängig vom körperlichen Zustand des Patienten<sup>1</sup> kann schon parallel dazu oder kurz danach zur Rückfallprophylaxe die Bearbeitung psychologischer Faktoren beginnen (Karwautz, 1997).

Während der Therapie sind die Patienten nicht nur auf ihr familiäres Umfeld angewiesen, sondern auch auf Verständnis und Unterstützung der Pflegenden (Karwautz, 1997). Peplau (1995) beschreibt die Notwendigkeit einer professionellen Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten als ein Mittel zur Erlangung und Förderung der psychosomatischen Gesundheit. George (1997) weist in ihrer Studie auf die Notwendigkeit der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten mit Anorexia nervosa hin. Sie bezeichnet die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft als einen wichtigen Teil der Behandlung und zeigt auf, dass die therapeutische Beziehung und der Erfolg der Behandlung sehr stark miteinander korrelieren. Simpson (1997) erklärt, dass Peplau im Aufbau einer Beziehung zwischen den Patienten und den Pflegefachkräften den wichtigsten Grundstein des pflegerischen Erfolges sah. Ohne eine solche Beziehung ist es den Pflegenden nicht möglich, unterstützend und therapeutisch zu arbeiten, was den Pflegeprozess ineffektiv macht.

Im Allgemeinkrankenhaus ist es für Pflegende eine besondere Herausforderung, wenn Patienten zusätzlich zum somatischen Leiden ein psychisch auffälliges Verhalten zeigen oder an einer psychiatrischen Erkrankung, beispielsweise an Anorexia nervosa leiden. Als Folge oder Begleiterscheinung der psychischen Störung können Probleme auftreten, welche die gewohnte Pflege und vor allem die Beziehungsgestaltung erschweren. Pflegende im Akutkrankenhaus beurteilen ihre praktische Erfahrung und ihr theoretisches Wissen der psychiatrischen

---

<sup>1</sup> Die männliche Bezeichnung gilt auch immer für die weibliche Form

Krankenpflege als gering. Durch fehlende oder begrenzte praktische Erfahrung, ergeben sich für die Pflegenden Unsicherheiten im Verhalten und im Umgang mit psychiatrischen Patienten. Deshalb wird der Beziehungsaufbau zu den Anorexia nervosa Patienten von den Pflegenden im Allgemeinkrankenhaus häufig als schwierig empfunden (Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff, 2004). Ramjan (2004) erklärt, dass durch die fehlende Ausbildung der Pflegenden in Psychiatriepflege das Verständnis für die Krankheit und für das Verhalten der Patienten fehlt und somit der Beziehungsaufbau und damit der Behandlungserfolg erschwert wird. Simpson (1997) ergänzt an Anlehnung an das Peplau'schen Modell, dass Pflegende, welche sich über die positiven und negativen Wirkungen ihrer Pflegehandlungen bewusst sind, an sich selber arbeiten können und sich weiterentwickeln können, was Voraussetzung für die Beziehungsgestaltung zum Patienten darstellt.

Obwohl die Notwendigkeit einer, über die rein pflegerische Tätigkeit hinausgehende Beziehung zwischen adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa und Pflegenden in der Pflegeliteratur gut beschrieben wird, gibt es wenig Forschungen, welche ein tieferes Verständnis der Schwierigkeiten dieser Beziehungen aufzeigen (Ramjan, 2004). Zudem wurde noch keine systematische Literaturübersicht über fördernde und hemmende Faktoren bezüglich des Beziehungsaufbaus zu adoleszenten Patienten mit Anorexia Nervosa veröffentlicht.

## 1.2 Fragestellung

Daraus ergibt sich folgenden Fragestellung:

Welche Faktoren, die den professionellen Beziehungsaufbau zwischen adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa und Pflegenden fördern oder hemmen, werden in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?

### 1.3 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Literaturlarbeit ist aufzuzeigen, welchen Faktoren in der wissenschaftliche Literatur beschrieben sind, die den Beziehungsaufbau zwischen adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa und Pflegenden hemmen oder fördern. Die Arbeit soll eine ausführliche, objektive und wissenschaftlich aktuelle Übersicht über diese Thematik geben.

Die Erkenntnisse können dazu dienen, gezielte Interventionen zur Verbesserung der Beziehung zwischen Patienten mit Anorexia nervosa und Pflegenden in die Praxis zu implementieren und die evidenzbasierte Pflegepraxis in diesem Bereich zu verbessern. Evidenzbasierte Pflege ist die Anwendung der derzeit besten wissenschaftlichen belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden (Behrens & Langer, 2006).

## **2 Theoretischer Rahmen**

### **2.1 Anorexia nervosa**

Das ICD-10 definiert Anorexia nervosa als einen charakteristischen selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein. Das Geschlechterverhältnis Frauen zu Männern der Erkrankten beträgt etwa 20:1. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte, überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen, sowie der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005). Neumärker und Steinhausen (2003) betonen neben der abnormen kognitiven Zentrierung auf Nahrung, Essen und Gewicht, zusätzlich die fehlende oder geringe Krankheitseinsicht und die allgemeine Psychopathologie (Depressionen, Zwänge). Das ICD-10 teilt die Anorexia nervosa zusätzlich in zwei Untertypen ein: Anorexia nervosa ohne aktive Massnahmen zur Gewichtsabnahme und Anorexia nervosa mit aktiven Massnahmen.

#### **2.1.1 Risikofaktoren**

Fairburn und Harrison (2003) definieren das weibliche Geschlecht, Adoleszenz und frühes Erwachsenenalter, sowie den westlichen Lebensstil als die generellen Risikofaktoren der Anorexia nervosa. Die Individuum zentrierten Risikofaktoren lassen sich in drei Gruppen von Einflussgrössen zusammenfassen. Die erste Gruppe umfasst genetische und familiäre Faktoren. So kommen in den Familien von Betroffenen jegliche Formen von Essstörungen, Zwangsneurosen, Depressionen



oder Adipositas gehäuft vor. Die zweite Gruppe bilden individuelle Erfahrungen vor der Krankheit, welche mit gestörter kindlicher Fürsorge (wenig Kontakt, hohe Erwartungen, elterliches Zerwürfnis), sexuellem Missbrauch, häufigem Fasten in der Familie, kritischen Kommentaren bezüglich Essverhalten, Aussehen oder Gewicht durch andere Familienangehörige, Druck der Umgebung für einen schlanken Körper (zum Beispiel im Sport oder in den Medien) einhergehen. Die letzte Gruppe bilden Charakterzüge, welche mit niedrigem Selbstbewusstsein, Perfektionismus, Angst oder Angststörungen in Zusammenhang stehen.

Schweiger, Peters & Sipos (2003) sehen in der Ätiologie der Anorexia nervosa zudem einen soziokulturellen Hintergrund. Sie zeigen auf, dass Anorexia nervosa häufiger in industrialisierten Gesellschaften, als in asiatischen und arabischen Ländern und in Entwicklungsländern vorkommt. Daher kann davon ausgegangen werden, dass das gestörte Essverhalten durch spezifische Merkmale der westlichen Kultur ausgelöst wird. Tatsächlich steht die kulturelle Schlankkeitsobsession in Konflikt mit der zunehmenden Rate von Übergewicht charakteristisch durch grenzwertig untergewichtige Fotomodells und ausgeprägten Vorurteilen gegenüber adipösen Menschen.

### 2.1.2 Therapie und Verlauf

Da es sich um eine mehrdimensional verursachte Erkrankung handelt, sollte die Behandlung dieser Mehrdimensionalität Rechnung tragen und im Einzelfall auf den jeweiligen Patienten zugeschnitten werden. Die Auswahl der Interventionen hängt dabei vom Alter, der medizinischen Bedrohlichkeit und der Erkrankungsdauer ab. Möglich sind Beratungsgespräche, geleitete Selbsthilfe (in Manualform), ambulante Behandlung mit Familienberatung, Familientherapie, kognitive Therapien, psychodynamische Therapien, Verhaltenstherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Körpertherapie, Gestaltungstherapien, usw. (Karwautz, 1997).

Die Langzeitprognose der Anorexia nervosa stellt sich im Allgemeinen positiver dar, als der kurzfristige Verlauf. Eine Untersuchung mit 84 anorektischen Patientinnen zeigte, dass 21 Jahre nach der Diagnosestellung 50.6% der Patientinnen vollständig geheilt, 20.8% partiell geheilt und 15.6% an Anorexia nervosa verstorben waren. 10.4% der Patientinnen litten immer noch am Vollbild der Anorexia nervosa. Als

wichtigster prognostischer Faktor erwies sich dabei die Zeitdauer zwischen dem Beginn der Erkrankung und der Initialbehandlung in einer spezialisierten Institution: Je mehr Zeit zwischen Krankheitsbeginn und Behandlung verstrich, desto schlechter war der spätere Verlauf. Ein bei Beginn der Therapie geringes Gewicht, Vorliegen von selbstinduziertem Erbrechen, fehlgeschlagene Therapien, prämorbid gestörte Familieninteraktionen und Heirat der Patientin trotz Essstörung zeigten sich ebenfalls als Faktoren für einen ungünstigen Verlauf (Zipfel, Löwe, Reas, Deter, Herzog, 2000).

## 2.2 Adoleszenz

Die Adoleszenz wird als zeitlich nicht einheitlich definierter Lebensabschnitt zwischen der Pubertät und dem Erwachsenenalter betrachtet (de Gruyter, 2002). Oerter & Dreher (2002) erklären, dass Adoleszenz sich ganz generell auf die entwicklungsbezogenen Veränderungen des Jugendalters bezieht und sich in frühe (11-14 Jahre), mittlere (15-17 Jahre) und späte (18-21 Jahre) Adoleszenz gliedert.

## 2.3 Pflege und professionelle Beziehung

Peplau (1991) definiert Pflege als einen signifikanten, therapeutischen, zwischenmenschlichen Prozess, welcher in Zusammenarbeit mit anderen menschlichen Prozessen Gesundheit ermöglicht. In Situationen, in denen ein professionelles Gesundheitsteam gesundheitsbezogene Dienstleistungen erbringt, beteiligen sich die Pflegenden an der Organisation von Bedingungen, die die natürlichen Tendenzen im menschlichen Organismus unterstützen. Die Pflege ist ein edukatives Instrument, welches die Reife fördert und darauf abzielt, die Persönlichkeit in Richtung auf ein kreatives, konstruktives, produktives, persönliches und gesellschaftliches Leben zu bewirken.

Nach Schoen (1997) ist der zentrale Aspekt einer professionellen Beziehung die Zielorientierung der Beziehung. Professionelle Beziehungen haben die übergeordneten Funktionen, einen Rahmen für Begegnungen zu bieten. Sie sind ein Mittel, um Hilfen anzubieten, aber sie sind kaum das Ziel einer Behandlung. Die Pflegenden erkennen zum einen an, dass nicht alle Kontakte zu Klienten

therapeutischen Charakter haben, dass zum anderen aber in jedem Kontakt das Potenzial ruht, therapeutisch zu werden.

Nach Peplau (1991) steht die professionelle Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient im Mittelpunkt der Pflege und nimmt eine wichtige therapeutische Funktion ein. Sie definiert die professionelle zwischenmenschliche Beziehung als eine gemeinschaftlich erarbeitete Partnerschaft, in welcher die wiederkehrenden Schwierigkeiten im Leben der Patienten von den Pflegenden durch gegenseitigen Respekt identifiziert und bewältigt werden können. Simpson (1997) erläutert, dass die Pflegenden die Patienten bei der Befriedigung ihrer persönlichen Bedürfnisse unterstützen sollen und dabei die professionelle Beziehung so lenken können, dass es dadurch den Patienten möglich wird, ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Laut Rogers (2000) müssen folgende Elemente vorhanden sein, um in der Beziehung ein wachstumsförderndes Klima zu schaffen: Kongruenz, Empathie, Wertschätzung oder positive Zuwendung, bedingungsfreies Akzeptieren und Orientierung an der Wahrnehmungswelt des Klienten.

### **3 Methodenbeschreibung**

Diese Arbeit wurde als systematische Übersicht der vorhandenen Literatur konzipiert. Der ethische Aspekt musste bei dieser Arbeit nicht von der Ethikkommission beurteilt werden, da es sich nicht um eine empirische Studie handelt und keine Patienten befragt oder in irgendeiner Weise getestet wurden. Durch präzises und korrektes Zitieren sowie exakte Quellenangaben wurde die Produktion von Plagiaten verhindert.

Um die Güte der Arbeit zu erhöhen, werden die Gütekriterien nach Lincoln und Guba beachtet (Lincoln & Guba, 1985, zit. in Polit, Beck & Hungler, 2004). Sie umfassen die vier Aspekte Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Stabilität, um die Vertrauenswürdigkeit von qualitativen Forschungsarbeiten zu erhöhen. Die Glaubwürdigkeit wird durch eine vertiefte Suche über einen längeren Zeitraum (Oktober 2006 – Oktober 2007) in verschiedenen Datenbanken sowie durch mehrmaliges Lesen, Übersetzen und Zusammenfassen der ausgewählten Studien und durch die Unterstützung und kritische Beurteilung der Begleitperson gestützt. Die Ein- und Ausschlusskriterien, sowie die dicht beschriebene Methode und die Diskussion der Ergebnisse erhöhen die Übertragbarkeit. Die Kriterien Nachvollziehbarkeit und Stabilität werden durch die kontinuierliche Begleitung der Mentorin, durch regelmässige Feedbacks der Mitstudierenden und das Führen eines Tagebuches erhöht.

#### **3.1 Datensammlung**

Die Studiensuche erfolgte über die pflegespezifischen Datenbanken PubMed (US National Library of Medicine), Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Print Index), Cochrane (internationale Datenbank, welche systematische Reviews zur Verfügung stellt) und Psycinfo (Datenbank psychologischer Literatur der American Psychological Association). Da die erste Suche mit MeSH-Begriffen weniger Treffer ergab, wurden in einer zweiten Suche dieselben Schlagwörter, jedoch nicht als MeSH-Begriffe verwendet. In einem ersten Schritt wurden die Schlagwörter „anorexia nervosa“, „adolescent“, „nurse-patient relations“, „factors“, „hinder“, „benefit“ und „nurs\*“ einzeln eingegeben und danach miteinander verknüpft.

In einem zweiten Schritt wurden nur noch die Begriffe „anorexia nervosa“, „adolescent“, „nurse-patient relations“ und „nurs\*“ eingeben, da diese die höchste Trefferquote ergaben. Die Begriffe wurden wiederum einzeln eingeben und anschliessend miteinander verknüpft, wobei „anorexia nervosa“ und „adolescent“ in jede Suche eingeschlossen wurden. Um die Suche einzugrenzen wurden nur Studien gesucht, welche in deutscher und englischer Sprache verfasst sind und zwischen 1997 und 2007 publiziert wurden. Die detaillierte Suchstrategie ist im Anhang A ersichtlich.

### 3.2 Datenauswahl und -Analyse

Anhand des Titels und des Abstracts wurden die Studien auf ihre Relevanz zur Fragestellung überprüft und gegebenenfalls bestellt. Aus den 18 bestellten Studien wurden acht ausgewählt, deren Inhalt den Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa thematisieren. Die nicht ausgewählten Studien, führten in den Datenbanken kein Abstract auf, wurden angesichts der Kohärenz des Titels mit der Fragestellung trotzdem bestellt. Beim Lesen dieser Arbeiten zeigte sich aber, dass deren Inhalt keine Relevanz zur Fragestellung aufzeigt.

Die ausgewählten Studien wurden mehrmals gelesen, übersetzt und anschliessend nach den Kategorien Design/ Ziel/ Frage/ Evidenzgrad, Setting/ Stichprobe, Methode, Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen/ Stärken/ Schwächen/ Ethik zusammengefasst (Anhang B). Die Qualität der Studien wurde anhand der Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit nach Behrens & Langer (2004) beurteilt. Die Beurteilungsbögen sind in Anhang C ,D und E ersichtlich. Die Stärke der Evidenz wurde mit Hilfe der Tabelle Stetler et al. (1998) zit. in LoBiondo & Haber (2005) ermittelt (Anhang F). Ausserdem wurde bei den ausgewählten Studien überprüft, ob die ethischen Richtlinien beachtet wurden.

## 4 Ergebnisse

Sieben wissenschaftliche Arbeiten wurden herangezogen, um die oben genannte Frage zu beantworten. Diese decken eine Zeitspanne von 1997 – 2005 ab. Drei Studien stammen aus Australien, zwei aus den USA sowie je eine aus England und eine aus Deutschland, wobei je drei Studien den Evidenzgrad vier und fünf aufweisen und eine Studie den Evidenzgrad sechs.

Bei den Studien mit Evidenzgrad vier handelt es sich um qualitative Studien von Miacevski und McVann (2005), Ramjan (2004) und King (2000). Miacevski und McVann`s Arbeit (2005) stützt sich auf die Grounded Theorie. In unstrukturierten Tiefeninterviews, die zwischen 30-60 Minuten dauerten, wurden Kinderpflegefachfrauen befragt, wobei eine Sättigung beschrieben wird. Zur Datenanalyse wurde ein Kodierungssystem mit drei Ebenen geschaffen. Die Studie wurde von der Ethikkommission bewilligt. Zum Datenschutz wurden Pseudonyme verwendet. Die qualitative Studie von Ramjan (2004) stützt sich auf das naturalistische Paradigma. Es wurden Pflegende einer Kinderabteilung und Jugendabteilung befragt, wobei als Einschlusskriterium mindestens zwei Jahre Berufserfahrung mit adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa vorausgesetzt wurde. Die Daten wurden mittels halbstrukturierten Interviews, welche 60-120 Minuten dauerten, gesammelt. Die Datenanalyse und -Sammlung erfolgte simultan. Die transkribierten Interviews wurden wiederholt gelesen und manuell, sowie mit der Software NUD\*IST thematisch analysiert. Die Themen wurden mittels einer Linie-für-Linie-Analyse kodiert. Die Themen und Interpretationen wurden von den Teilnehmern, deren Kollegen und Supervisoren auf Fehlerfreiheit überprüft. Die Forscher holten bei der Ethikkommission die Bewilligung für diese Untersuchung ein. Pseudonyme wahren den Datenschutz. King`s (2000) Studie basiert auf der Phänomenologie von Edmund Husserl. Mittels Tiefeninterviews, welche beim Forscher oder den Teilnehmern Zuhause statt fanden, wurden diplomierte Pflegefachfrauen befragt. Keine der Pflegenden besitzt eine Ausbildung in Psychiatriepflege. Als weiteres Einschlusskriterium galt die Erfahrung mit adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa von mindestens sechs Monaten. Die

Daten wurden mittels Colaizzi's Methode analysiert. Die Zustimmung einer ethischen Kommission wurde gegeben. Es wurden ebenfalls Pseudonyme verwendet.

Bei den drei Arbeiten mit Evidenzgrad fünf handelt es sich um Reviews von Muscari (1998 und 2002) und George (1997). In beiden Studien von Muscari (1998 und 2002) wurden weder Datensammlung noch Datenanalyse explizit genannt. Die Literaturlisten der Studien beinhalten zwischen 11 und 16 Quellen. Es wurden keine Angaben zur Ethik gemacht. In der Arbeit von George (1997) wird auf die Datensammlung und –Auswahl nicht genauer eingegangen. Die Arbeit verfügt über eine Literaturliste, die 128 Quellen enthält. Es werden keine ethischen Aspekte genannt.

Bei der Studie mit Evidenzgrad sechs handelt es sich um klinische Leitlinien von Pfeiffer, Hansen, Korte & Lehmkuhl (2005). Zu der Methodik wurden keine näheren Angaben gemacht. Die Leitlinien weisen eine Literaturliste mit 32 Quellen auf. Es sind keine ethischen Aspekte beschrieben.

## 4.1 Beziehungsfördernde Faktoren

Die beziehungsfördernden Faktoren sind in Interventionen, Grundhaltungen der Pflegenden und erleichternde kontextbestimmende Bedingungen kategorisiert. Innerhalb einer Kategorie werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeiten nach Evidenzgrad und nach Erscheinungsjahr gegliedert.

### 4.1.1 Interventionen

Miacevski und McVann (2005) haben zehn Kinderpflegefachfrauen befragt, wie sie professionelle zwischenmenschliche Beziehungen mit adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa entwickeln. Aus den Antworten geht hervor, dass Pflegefachleute das Vertrauen der Patienten mit Anorexia nervosa gewinnen müssen, damit diese eine zwischenmenschliche Beziehung eingehen können. Das Vertrauen kann durch Aktives Zuhören, Wahren der Vertraulichkeit, Ehrlichkeit und in dem sich Pflegende gegenüber den Patienten öffnen und sich Zeit für diese nehmen, gewonnen werden. Ermutigung und Wertschätzung sowie das Interpretieren der Signale der Patienten und dem folgerichtigen Verhalten, seitens der Pflegenden stellen weitere wichtige Interventionen im Beziehungsaufbau mit diesen Patienten dar.



Muscari (1998) beschreibt in ihrer unsystematischen Review Interventionen, wie Pflegefachkräfte die Pflege von Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimie durch den Vertrauensaufbau effektiv managen können. Sie zeigt auf, dass Vertrauen dadurch entwickelt werden kann, indem die Pflegenden Empathie zeigen und ihnen die Gefühle der Patienten ein ehrliches Anliegen sind. Weitere Interventionen, welche die professionelle Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten ebenfalls verbessern sind die Ermutigung der Jugendlichen, Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen und Verhaltensänderungen anzustreben, sowie Rückmeldungen welche sich vor allem auf die Anerkennung von verändertem Verhalten konzentrieren.

George (1997) betrachtet in ihrer unsystematischen Review die Rolle der Pflegenden in der Gestaltung einer therapeutischen Beziehung mit adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa mit Bezug auf die psychischen Profile, welche diese Patienten aufweisen. Die Patienten, welche missbraucht wurden, entwickeln oft ein Misstrauen gegenüber anderen. Demzufolge meinen sie, dass Pflegende ihnen die Kontrolle wegnehmen wollen, anstatt zu helfen. Dadurch verspüren sie oft ambivalente Gefühle: nach aussen verweigern sie die Therapie, nach innen verspüren sie den Wunsch nach Hilfe. Durch viel Geduld und Ausdauer, müssen Pflegende das Vertrauen entwickeln. Daher stellt die kontinuierliche Bezugspflege eine wichtige Intervention zum effektiven Beziehungsaufbau zwischen Pflegefachpersonen und adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa dar. Auch sollen Pflegende Informationen über die Behandlung einfach erklären und laufend wiederholen, da adoleszente Patienten mit Anorexia nervosa oft kognitive Defizite haben.

Pfeiffer et. al (2005) stellt in einem klinischen Leitfaden die aktuelle Praxis einer auf die Behandlung von Essstörungen spezialisierten Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. Die Klinik umfasst 20 stationäre Behandlungsplätze und 10 Plätze in der Tagesklinik. In regelmässigen Bilanzgesprächen geben die Bezugspersonen den Patienten Rückmeldung über ihre Beobachtungen in Bezug auf das Verhalten der Patienten. Gemeinsam wird dann überlegt, was an der Behandlung bis zum nächsten Gespräch modifiziert werden kann. Somit erhält der Patient Mitspracherecht bei seinen Behandlungsplänen und entwickelt Vertrauen zur Bezugsperson.



#### 4.1.2 Grundhaltungen der Pflegenden

Muscari (2002) beschreibt anhand einer unsystematischen Review effektives Management der Pflege von Adoleszenten mit Anorexia nervosa und Bulimie und zeigt, dass Pflegende durch eine beständig empathische Haltung eine therapeutische Beziehung zu den Patienten aufzubauen können. Interventionen zur Gewichtszunahme können beim adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa können Angst auslösen, weil diese befürchten, dass die Pflegenden sie „fett machen“ wollen. Pflegende können durch empathisches Verhalten, die Angst erkennen und den Patienten helfen, diese zu bewältigen.

In der Arbeit von 1998 zeigt Muscari auf, dass Empathie notwendig ist, für die Beziehung zwischen Patient und Pflegenden und dass diese durch Beständigkeit und Grenzen setzen bestärkt wird.

George (1997) beschreibt positive Wertschätzung, Akzeptanz, nichtwertende Haltung, Vertraulichkeit, Ansprechbarkeit, Ehrlichkeit, Stetigkeit, Warmherzigkeit und Engagement als Grundhaltungen in der Pflege, welche nötig sind um eine gute therapeutische Beziehung zu Patienten mit Anorexia nervosa aufzubauen. Dabei muss das Individuum im Mittelpunkt stehen und nicht die Krankheit, was wiederum die Selbstachtung der Patienten erhöht.

King (2000) beschreibt in einer qualitativen Studie, Erfahrungen von zehn diplomierten Pflegefachfrauen, welche in einem Allgemeinkrankenhaus mit jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa arbeiten. Die Pflege von Patienten mit Anorexia nervosa basiert auf den persönlichen Werten der Pflegenden. Sie nennt Gleichberechtigung in der Pflege, Vertrauen, Privatsphäre, nichtwertend Sein, Vertraulichkeit wahren, die Rechte der Patienten sichern als Grundhaltungen der Pflegenden, welche eine Beziehung zum Patienten mit Anorexia nervosa erleichtern.

#### 4.1.3 Erleichternde kontextbestimmende Bedingungen

George (1997) zeigt in der Übersichtsarbeit auf, dass Pflegende in der Beziehungsarbeit mit adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa oft überfordert sind und darum Gefahr laufen, an einem Burnout-Syndrom zu leiden, welches ihnen nicht mehr ermöglicht, effiziente Beziehungsarbeit zu leisten. Deshalb brauchen Pflegende Unterstützung, welche sie in Teamsitzungen und in der offenen

Kommunikation im Team erfahren. Ebenfalls bieten Supervisionen den geeigneten Rahmen, um die Beziehungsarbeit zu reflektieren und passende Strategien kennen zu lernen. Je grösser das Verständnis der Pflegenden gegenüber der Krankheit ist, umso besser kann eine Beziehung zu den Patienten entwickelt werden. Darum sind gute Schulungen und regelmässige Weiterbildungen Voraussetzungen um eine effektive Beziehung zu den Patienten mit Anorexia nervosa aufzubauen.

Miacevski und McVann (2005) erwähnen in ihrer Arbeit den Informationsaustausch unter Pflegenden bezüglich des Beziehungsaufbaus als eine wichtige Ressource für das Pfl egeteam. Dieser hilft den Pflegenden Erfahrungen untereinander auszutauschen und zu reflektieren.

King (2000) beschreibt in einer qualitativen Studie, dass Pflegende, die den Beziehungsaufbau zu Patienten mit Anorexia nervosa hinterfragen und objektiv betrachten, die Beziehungsarbeit von verschiedenen Perspektiven aus sehen und als wertvolle Erfahrung empfinden. Sie realisieren, dass die Qualität ihrer Pflege mit dem Wohlergehen der Patienten nichts zu tun hat.

Pfeiffer et. al (2005) beschreibt in einem klinischen Leitfaden dass alle zwei Wochen Teamsitzungen statt finden, um Problemen bezüglich der Beziehungsarbeit vorzubeugen oder sie zu bearbeiten. Visiten finden ohne Patienten statt, so dass Raum für Interpretationen der Interaktionsmuster zwischen Betreuer und Patient besteht.

## 4.2 Beziehungshemmende Faktoren

Die beziehungshehmenden Faktoren sind in Manipulation, beziehungshehmende Grundhaltungen, Frustration bei den Pflegenden, vorgetäushtes Verhalten und erschwerte kontextbestimmende Bedingungen kategorisiert. Innerhalb einer Kategorie werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeiten nach Evidenzgrad und nach Erscheinungsjahr gegliedert.

### 4.2.1 Manipulation

Muscari (1998) beschreibt in ihrer Übersichtsarbeit manipulatives Verhalten, als Versuch mit ungestillten Bedürfnissen wie Vertrauen, Sicherheit und Kontrolle umzugehen. Gefühle wie Misstrauen und Machtlosigkeit lassen die Jugendlichen zu Meistern im Manipulieren werden. Sie benutzen aktive Methoden wie Regungslosigkeit, Unpünktlichkeit und Beklagen, um Kontrolle über die Pflegenden und ihre Umgebung zu gewinnen. Weiter ergänzt Muscari, dass das Manipulationsmanagement mit der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung beginnt. Erhöhtes Vertrauen heisst weniger Manipulation. Klarheit, Prägnanz und Kontinuität vermindert die Manipulation und erleichtert den Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und den Patienten. Manipulation und verzerrte Realität können zu einem lebensbedrohlichen Verhalten führen, welches direkte Konfrontation verlangt. Die Konfrontation muss jedoch in einer nichtwertenden Haltung erfolgen. Pflegende müssen ebenso Grenzen setzen und Struktur bieten, um eine äussere Kontrolle über die Patienten zu entwickeln.

Ramjan (2004) hat in einer qualitativen Studie sechs Pflegende einer Jugendabteilung und vier Pflegende einer Kinderabteilung befragt, welche Schwierigkeiten und Hindernisse den Aufbau therapeutischer Beziehungen zwischen Pflegende und adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa in pädiatrischen Abteilungen hemmen. Von den zehn diplomierten Pflegenden waren drei Männer und sieben Frauen. Die Teilnehmer sind zwischen 26 und 48 Jahre alt und hatten zwischen 5 bis 26 Jahren Erfahrung in der Pflege und zwischen 5 bis 6 Jahren Erfahrung mit Jugendlichen mit Anorexia nervosa. Manipulation wird als Instrument gesehen, wie die Jugendlichen ihre Kontrolle zurück gewinnen. Jugendliche

reagieren auf ihre Behandlungspläne oft rebellisch. Die Pflegenden denken, dass die Patienten sie durch dieses Verhalten manipulieren wollen. Daraus erfolgt ein Machtkampf, in dem beide Parteien um die Kontrolle kämpfen was zur Folge hat, dass sich beide Seiten misstrauen. Fehlendes Wissen der Pflegenden in Zusammenhang mit dem Krankheitsbild führt oft zu Vorurteilen gegenüber dem Verhalten der Patienten. Dementsprechend erwarteten sie Manipulationen welche sie fürchten. Die Studienteilnehmer berichten, dass sie durch diese ständige Manipulationen ausgebrannt sind.

George (1997) fügt hinzu, dass eine negative Haltung der Pflegenden, entstanden durch Manipulation der Patienten, schaden kann, den Beziehungsaufbau erschwert und die Heilung hemmt. Pflegende die gegenüber Manipulationen der Patienten zu nachsichtig sind, bringen den Patienten wiederum zu geringes Vertrauen entgegen. Daher sollte täuschendes Verhalten, wie zum Beispiel Trinken vor dem morgendlichen Wiegen, als Resultat der Angst die Kontrolle zu verlieren und nicht als Manipulation verstanden und den Patienten offen kommuniziert werden.

Pfeiffer et. al (2005) zeigt in klinischen Leitlinien auf, dass angekündigtes Wiegen, adoleszente Patienten mit Anorexia nervosa einlädt, Manipulationen vorzunehmen. Mit unangemeldetem Wiegen, werden diese Manipulationsversuche vermindert. Verstrickungen zwischen Patienten und Teammitglieder sind ebenfalls ein Problem, dass sich aus der Inszenierung spezifischer konflikthafter Beziehungsmuster ergibt. Durch das Verhalten der Patienten kommt es häufig zu Spaltungsprozessen, welche sofort unterdrückt werden müssen.

#### 4.2.2 Beziehungshemmende Grundhaltungen

Ramjan (2004) beschreibt in einer qualitativen Studie, dass viele Pflegenden denken, dass Anorektiker ihr Leiden selbst verschulden und dies darum auch selbst in Ordnung bringen sollen. Sie sehen die Arbeit mit Patienten mit Anorexia nervosa im Vergleich zu Patienten mit anderen Erkrankungen, als eine Zeitverschwendung, weil sie das Gefühl haben, keine Kontrolle über den Heilungsprozess zu haben. Sie erachten die Beziehung zu anderen chronisch kranken Kindern als wichtiger, welche oft wegen der grossen Zeitinvestition bei Anorektiker zu kurz kommen. Die Patienten werden oft als „schlecht“ oder „kriminell“ angesehen, die in einem Gefängnis sind

und ihre Zeit absitzen. Sobald sie essen, werden sie entlassen und kommen als Wiederholungstäter zurück. Dadurch machen sich die Pflegenden zu Wärtern, was jegliche Chance einer therapeutischen Beziehung verhindert. Patienten, welche sich compliant verhalten, werden häufig von den Pflegenden bevorzugt, wodurch sich eine intensive Beziehung entwickelt. Dadurch kann sich aber zwischen Pflegenden und Patienten eine Nähe entwickeln, welche sich nachteilig auf die Pflege auswirkt.

#### 4.2.3 Frustration bei den Pflegenden

King (2000) schliesst aus ihrer qualitativen Arbeit, dass Pflegende in der Zusammenarbeit mit Patienten mit Anorexia nervosa viele, teilweise sich widersprechende Emotionen entwickeln. Dieses Gefühlschaos lässt die Pflegenden denken, dass sie nicht fähig sind eine Beziehung mit ihren Patienten aufzubauen. Der Glaube an sich selber schwankt. Persönliche Werte fallen weg und werden durch innerlichen Tumult, durch Gefühle von Traurigkeit, Wut und Entmutigung ersetzt. Als umfassendes Gefühl in unzähligen Formen und Kontexten nennt King Frustration. In ihrer Arbeit nennen die Pflegenden Ausdrücke wie Sabotage, Oberstabsfeldwebel und Kämpfe, um ihre Gefühle zu beschreiben. Dies förderte während der Pflege die unbewusste Haltung „wir gegen sie“ und „wer wird den Kampf um die Einhaltung der Regeln gewinnen?“. Der stetige Kampf laugt die Pflegenden aus. Dadurch, dass sie oft frustriert sind, erreichten sie einen Punkt, wo sie genug haben. Das Kämpfen, die Frustration, das Erfahren von Verletzungen und der fehlende Erfolg vermindert ihre Belastbarkeit so stark, dass sie die Situation nicht mehr bewältigen können. Um sich zu schützen, distanzieren sich die Pflegenden von den Patienten.

#### 4.2.4 Vorgetäushtes Verhalten

Muscari (1998) zeigt in einer Übersichtsarbeit auf, dass adoleszente Patienten mit Anorexia nervosa ihre Störung häufig nach aussen verleugnen, die Behandlung verweigern und Compliance vortäuschen. Pflegende dürfen diese Verhaltensweisen nicht personalisieren sondern als störungsbezogenes Verhalten betrachten. Werden diese Verhaltensweisen falsch interpretiert, entsteht Misstrauen seitens der Pflegenden.

King (2000) beschreibt in einer qualitativen Arbeit, dass durch vorgetäushtes Verhalten der Patienten, die Pflegenden misstrauisch werden und in ihren Wertungen und Haltungen den Patienten nicht mehr gerecht werden, was die Beziehungsarbeit zum Patienten mit Anorexia nervosa erschwert.

#### 4.2.5 Erschwerte kontextbestimmende Bedingungen

Miacevski und McVann (2005) beschreiben in einer qualitativen Studie, starres Einhalten von Pflegestandards und rigide Behandlungspläne als Bedingungen, welche den Beziehungsaufbau zwischen Patienten mit Anorexia nervosa und Pflegenden hemmen. Eine zu hohe Arbeitsbelastung der Pflegenden wirkt sich zusätzlich negativ auf die Beziehungsarbeit aus.

Ramjan (2004) benennt die Behandlungspläne in einer qualitativen Studie ebenfalls als hemmend in der Beziehungsarbeit. Dadurch, dass die Pflegenden das Behandlungsprogramm erzwingen, werden sie von den Patienten als Personen gesehen, die ihnen die Privatsphäre wegnehmen, Strafen auferlegen und die Kontrolle wegnehmen. Während der Behandlung wird der Hauptkampf um die Macht zwischen Patienten und Pflegenden über das Essen ausgetragen. So sehen die Patienten die Zwangernährung durch die Nasogastralsonde als eine Strafe und wehren sich dagegen. Die Pflegenden handeln in solchen Situationen unbewusst wie Gefängnisaufseher. Mangelnde Schulung in Psychologie und fehlendes Wissen um die Psychodynamik und um die Behandlung der Anorexia nervosa, erschwert das Verständnis für die Krankheit und somit für Patienten mit Anorexia nervosa. Bezugspflege wird von den Studienteilnehmern als negativ bewertet, da sie im psychiatrischen Krankheitsbild zu wenig geschult sind.

## **5 Diskussion und Schlussfolgerungen**

Alle in der vorliegenden Arbeit miteinbezogenen Studien wurden mittels der Raster von Behrens & Langer (2006) auf Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit beurteilt.

Die Glaubwürdigkeit der qualitativen Studien von, Ramjan (2004) und King (2000) wird durch die Formulierung der Forschungsziele und der Methode erhöht. Einzig die Studie von Miacevski & McVann (2005) weist eine Datensättigung auf. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Studienteilnehmer in den anderen zwei Arbeiten weitere Aussagen gemacht hätten. Das Setting, sowie die Stichprobe wurden in allen drei Studien explizit genannt. Alle Autoren befragten zehn diplomierte Pflegefachkräfte, die Einschlusskriterien hingegen variieren. Die Studienteilnehmer in der Arbeit von Ramjan (2004) hatten zwischen 5 und 6 Jahren Berufserfahrung in der Pflege mit adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa wobei die Studienteilnehmer in der qualitativen Studie von King (2000) nur sechs Monate mit Patienten mit Anorexia nervosa gearbeitet hatten. Es ist anzunehmen, dass längere Berufserfahrung in der Arbeit mit Patienten mit Anorexia nervosa fundiertere Ergebnisse erbringen. Miacevski & McVann (2005) benennen keinen Zeitrahmen, wie lange die Studienteilnehmer schon mit adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa zusammen arbeiten. Ramjan (2004) erwähnt in ihrer Studie, dass sie bis vor kurzem Mitglied der befragten Gruppe war, welche sie später befragt hatte. Die Nachteile bestehen darin, dass die Teilnehmer ihre Gedanken womöglich nicht vollumfänglich ausformuliert haben oder von dem Forscher vieles interpretiert wurde, da man glaubt sich von der gemeinsamen Arbeit in der gleichen Abteilung gut zu kennen. Dadurch wird die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse vermindert. Ramjan (2004) beschreibt als einziger Autor der qualitativen Studien die Validierung der Ergebnisse durch die Studienteilnehmer, wodurch die Aussagekraft der Ergebnisse der Studie erhöht wird. Die Zitate der Studienteilnehmer in allen drei Studien, erhöhen die Aussagekraft der Ergebnisse und machen sie für den Leser verständlicher. Alle Autoren beschreiben die Zustimmung für die Arbeit von einer



Ethikkommission und verwenden in ihren Studien Pseudonyme, um den Datenschutz zu gewähren.

In allen drei unsystematischen Übersichtsarbeiten von Muscari (1998) & (2002) und George (1997) sind einige Kritikpunkte an der Methode anzubringen. In keiner Studie wurde die Datensuche, -analyse und -auswahl ausformuliert. Da aber die Fragestellung und Absichten der Studien beschrieben wurden, gelten sie trotzdem als glaubwürdig. Weiter ist nicht ersichtlich, welchen Ausbildungsgrad die Pflegenden in den Studien aufweisen. Aus dem Literaturverzeichnis der Arbeit von George (1997), ist ersichtlich, dass 128 Quellen herbeigezogen wurden, was die Glaubwürdigkeit der Arbeit erhöht. Bei den systematischen Reviews wurden die ethischen Aspekte nicht erwähnt, was allerdings bei den benutzten Designs nicht üblich ist.

Im klinischen Leitfaden von Pfeiffer, Hansen, Korte & Lehmkuhl (2005) ist das Thema der Leitlinie klar formuliert. Dadurch, dass die Methodik nicht erwähnt wird, verliert die Arbeit an Glaubwürdigkeit. Die Autoren beziehen jedoch wichtige aktuelle Entwicklungen, wie zum die Erprobung und Validierung eines störungsspezifischen Therapieprogramms (DBT) in die Arbeit ein. Aus dem Literaturverzeichnis der Arbeit ist ersichtlich, dass 32 Quellen herbeigezogen wurden, was die Nachvollziehbarkeit der Arbeit erhöht.

## 5.1 Beziehungsfördernde Faktoren

### 5.1.1 Interventionen

Miacevski & McVann (2005), Muscari (1998) und George (1997) zeigen einheitlich auf, dass das Entwickeln von Vertrauen, eine Intervention zum Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa darstellt. Miacevski & McVann (2005) nennen Begriffe wie Aktives Zuhören, Wahren der Vertraulichkeit, Ehrlichkeit und sich Zeit für die Patienten nehmen als Mittel, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen. Muscari (1998) ergänzt mit Empathie zeigen und ein ehrliches Anliegen für die Gefühle der Patienten, als Möglichkeiten, wie das Vertrauen der Patienten gewonnen werden kann. George (1997) erwähnt als einziger Autor das Misstrauen der Patienten, entstanden durch frühere Missbräuche, welches



die Entwicklung von Vertrauen stört. Missbrauch in der Kindheit wird von Fairburn und Harrison (2003), als eine häufige Ursache von Anorexia nervosa beschrieben. Sie führen weiter aus, dass dadurch Patienten mit Anorexia nervosa häufig ein gestörtes Verhältnis zur Geschlechterrolle aufzeigen. Aufgrund dessen wäre zu überprüfen, ob eine gleichgeschlechtliche Pflegeperson als Bezugsperson des Patienten mit Anorexia nervosa zu bestimmen, angepasster wäre. Schützende Blockaden des Patienten können somit leichter abgebaut und Vertrauen aufgebaut werden. Dies wäre insofern von Vorteil, dass die Pflegenden über prägende Erlebnisse in der Kindheit der Patienten erfahren könnten, falls dies im Therapiekonzept von den Pflegefachkräften verlangt wird. Diese Datensammlung erfordert ein gutes Gespür und viel Einfühlvermögen seitens der Pflegenden und das Nähe-Distanz Verhältnis muss angepasst eingehalten werden.

Miacevski & McVann (2005) und Muscari (1998) beschreiben Unterstützung und Ermutigung als Intervention zum Beziehungsaufbau. Muscari (1998) verknüpft die Ermutigung der Jugendlichen zusätzlich mit dem Übernehmen von Verantwortung für ihr Handeln und dem Anstreben von Verhaltensänderungen. Karwautz (1997) bestätigt die Wichtigkeit der Pflege und erwähnt, dass während der Therapie die Patienten auf Verständnis und Unterstützung der Pflegenden angewiesen sind und nicht nur auf ihr familiäres Umfeld. Simpson (1997) beschreibt auch, dass die Pflegenden die Patienten bei der Befriedigung ihrer persönlichen Bedürfnisse unterstützen sollen und dabei die professionelle Beziehung so lenken können, dass dadurch den Patienten möglich wird, ihre Bedürfnisse zu befriedigen.

#### 5.1.2 Grundhaltungen der Pflegenden

Muscari (2002) und (1998) zeigt in beiden Arbeiten auf, dass eine empathische Haltung der Pflegenden, Grundlage ist, um eine therapeutische Beziehung aufzubauen. Pflegende können durch Empathie die Ängste der Patienten erkennen und ihnen helfen diese zu bewältigen.

George (1997) und King (2000) beschreiben dieselben Grundhaltungen der Pflegenden, welche nötig sind um eine zwischenmenschliche Beziehung zu Patienten mit Anorexia nervosa aufzubauen: Eine nichtwertende Haltung und Vertraulichkeit. Muscari (1998) beschreibt eine nichtwertende Haltung als

Grundvoraussetzung, um Patienten mit ihrem lebensbedrohlichen Verhalten, entstanden durch Manipulation und verzerrte Realität, zu konfrontieren.

Rogers (2000) bekräftigt diese Behauptung. Er erklärt, dass folgende Elemente vorhanden sein müssen, um in der Beziehung ein wachstumsförderndes Klima zu schaffen: Kongruenz, Empathie, Wertschätzung oder positive Zuwendung, bedingungsloses Akzeptieren und Orientierung an der Wahrnehmungswelt des Klienten.

### 5.1.3 Ressourcen für Pflegende

George (1997), Miacevski und McVann (2005) und Pfeiffer et. al (2005) zeigen einheitlich auf, dass der Informationsaustausch unter Pflegenden bezüglich der Beziehungsarbeit zwischen Patienten mit Anorexia nervosa und Pflegenden in Teamsitzungen eine Unterstützung für das Pflegeteam darstellen, da Pflegende im Umgang mit Anorexia nervosa Patienten durch Frustration oft überfordert sind und Gefahr laufen, an einem Burnout-Syndrom zu leiden.

Ramjan (2003) erklärt, dass durch die fehlende Ausbildung der Pflegenden in Psychiatriepflege das Verständnis für die Krankheit und für das Verhalten der Patienten fehlt und somit der Beziehungsaufbau und damit der Behandlungserfolg erschwert wird. Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff (2004) zeigen auf, dass Pflegende im Akutkrankenhaus ihre praktische Erfahrung und ihr theoretisches Wissen der psychiatrischen Krankenpflege als gering beurteilen. Durch fehlende oder begrenzte praktische Erfahrung, ergeben sich für die Pflegenden Unsicherheiten im Verhalten und im Umgang mit psychiatrischen Patienten. Deshalb wird der Beziehungsaufbau zu den Anorexia nervosa Patienten von den Pflegenden im Allgemeinkrankenhaus häufig als schwierig empfunden. George (1997) zeigt als einziger Autor auf, dass gute Schulungen und regelmässige Weiterbildungen im Krankheitsbild und Verhalten der Anorexia nervosa Voraussetzungen sind, um eine effektive Beziehung zu den Patienten mit Anorexia nervosa aufzubauen. Eine effektive Schulung für Pflegende müsste somit nicht nur das Krankheitsbild beinhalten, sondern auch den Beziehungsaufbau verknüpft mit den Theorien von Carl Rogers und Hildegard Peplau.

## 5.2 Beziehungshemmende Faktoren

### 5.2.1 Manipulation

Ramjan (2004) und George (1997) zeigen auf, dass Manipulation als Resultat der Angst der Patienten die Kontrolle zu verlieren, verstanden werden muss. Muscari (1998) findet in ihrer Arbeit jedoch eine andere Erklärung, nämlich dass manipulatives Verhalten, als der Versuch mit ungestillten Bedürfnissen wie Vertrauen und Sicherheit umzugehen, verstanden werden muss. George (1997) und Muscari (1998) zeigen dennoch auf, dass Manipulieren direkte Konfrontation verlangt.

Ramjan (2004) erklärt, dass Pflegende im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild fehlendes Wissen aufzeigen und dass dies oft zu Vorurteilen gegenüber dem Verhalten der Patienten führt. Dementsprechend erwarteten die Pflegenden Manipulationen und fürchten diese. George (1997) erklärt dass gute Schulungen und regelmässige Weiterbildungen Voraussetzungen sind, um eine effektive Beziehung zu den Patienten mit Anorexia nervosa aufzubauen.

### 5.2.2 Frustrationen der Pflegenden

King (2000) beschreibt, dass das Gefühlschaos, entstanden durch sich widersprechende Emotionen, die Pflegenden denken lässt, dass sie nicht fähig sind eine Beziehung mit ihren Patienten aufzubauen. Daraus resultiert Frustration. Die Autorin nennt Ausdrücke wie Sabotage, Oberstabsfeldwebel und Kämpfe, um die Gefühle der Pflegenden zu beschreiben. Entsprechend den Ausdrücken von King (2000) erwähnt Ramjan (2004), dass die Patienten die Zwangernährung durch die Nasogastralsonde als eine Strafe sehen und sich dagegen wehren. In solchen Situationen, fühlten sich die Pflegenden als Gefängnisaufseher.

Nach Schoen (1997) ist der zentrale Aspekt einer professionellen Beziehung die Zielorientierung der Beziehung. Professionelle Beziehungen haben die übergeordneten Funktionen, einen Rahmen für Begegnungen zu bieten. Sie sind ein Mittel, um Hilfen anzubieten, aber sie sind kaum das Ziel einer Behandlung. Pflegende erkennen zum einen, dass nicht alle Kontakte zu Klienten therapeutischen Charakter haben und zum anderen dass in jedem Kontakt das Potenzial ruht, therapeutisch zu werden. Mit dieser Perspektive, gelingt es den Pflegenden,

Frustrationen zu vermeiden und als hemmenden Faktor in der Beziehungsarbeit zu beseitigen.

### 5.2.3 Erschwerte kontextbestimmende Bedingungen

Miacevski & McVann (2005) und Ramjan (2004) beschreiben starres Einhalten von Pflegestandards und rigide Behandlungspläne als Bedingungen, welche den Beziehungsaufbau zwischen Patienten mit Anorexia nervosa und Pflegenden hemmen. Dadurch, dass die Pflegenden das Behandlungsprogramm erzwingen, werden sie von den Patienten als Personen gesehen, die ihnen die Privatsphäre wegnehmen, Strafen auferlegen und die Kontrolle wegnehmen. Eine zu hohe Arbeitsbelastung der Pflegenden wirkt sich zusätzlich negativ auf die Beziehungsarbeit aus. Der Beziehungsaufbau zu Patienten mit Anorexia nervosa bedarf also an Zeit und Engagement. Daher sollte genügend Personal zur Verfügung stehen, damit sich die Pflegenden intensiv mit dem Beziehungsaufbau auseinandersetzen können und zusätzlich die Gefahr eines Burnout-Syndrom minimiert werden kann.

## 5.3 Kritische Würdigung

Die Studien der vorliegenden Arbeit wurden in den pflegespezifischen Datenbanken PubMed, Cinahl, Cochrane und Psycinfo gesucht. Um noch mehr Literatur zu finden, hätten weitere Datenbanken von anderen wissenschaftlichen Disziplinen (zum Beispiel der Soziologie) benützt werden können. Die Autorin ist sich bewusst, dass nicht alle relevanten Studien gefunden wurden. Möglicherweise hätten auch andere Schlüsselbegriffe weitere Studien zu Tage gefördert. Die Einschränkungen bei der Literaturrecherche mittels Jahreszahl und Sprache führten zusätzlich dazu, dass möglicherweise nicht alle publizierten Arbeiten zum Thema gefunden wurden. Allerdings wurde damit auch gewährleistet, dass nur auf dem modernsten Stand sich befindende Therapieansätze berücksichtigt wurden. Ausgewählt wurden nur Studien, die im Abstract inhaltlich eine Kohärenz zur Fragestellung oder zum Thema aufzeigten. Da bei der Datensuche nicht nach spezifischen Publikationsarten gesucht werden konnte, da die Trefferquote zu gering war, zeigen die ausgewählten Studien einen relativ tiefen Evidenzgrad auf. Die drei qualitativen Studien weisen einen

Evidenzgrad von vier, die drei unsystematischen Übersichtsarbeiten einen Evidenzgrad von fünf und der klinische Leitfaden einen Evidenzgrad von sechs auf. Dies ist jedoch zu relativieren, da die Reviews sehr viele Referenzen aufzeigen und ein breites Spektrum abdecken. Trotz des tiefen Evidenzgrades der bearbeiteten Studien, konnte die Frage der vorliegenden Arbeit beantwortet werden.

Sechs der sieben ausgewählten Studien sind auf Englisch verfasst. Trotzdem dass die gefundenen Artikel mehrmals gelesen und zusammengefasst wurden, ist zu berücksichtigen, dass die Muttersprache der Autorin der vorliegenden Arbeit Deutsch ist und somit die Gefahr besteht, dass dies einen Einfluss auf die vorliegende Arbeit hat.

Von den miteinbezogenen Studien stammen drei Studien aus Australien, zwei aus den USA sowie je eine aus England und eine aus Deutschland. Der Beziehungsaufbau steht in engem Zusammenhang mit der Mentalität einer Bevölkerungsgruppe, weshalb die Arbeit nicht ohne weiteres auf andere Länder generalisiert werden kann. Auch ist die Stellung und Qualifizierung der Pflegekräfte im angelsächsischen Raum eine andere, was eine Übertragung auf die schweizerischen Verhältnisse, betreffend den therapeutischen Beziehungsaufbau einschränken könnte.

Diese Arbeit zeigt Faktoren auf, welche den Beziehungsaufbau zu adolescenten Patientinnen mit Anorexia nervosa erleichtern oder erschweren. Alle bearbeiteten Studien behandeln diese Patientengruppe. Trotzdem können die Ergebnisse dieser Arbeit nicht auf andere Patientengruppen übertragen werden. Die analysierten Studien bewegen sich in unterschiedlichen Behandlungsumfeldern. Drei Quellen untersuchten den Beziehungsaufbau auf pädiatrischen Abteilungen und je eine Quelle nennt das Allgemeinkrankenhaus und die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik als therapeutisches Umfeld. Die anderen zwei Arbeiten geben keine genauen Hinweise auf das Setting.

## 5.4 Empfehlungen für weitere Forschungen

In dieser Arbeit werden Faktoren, die den Beziehungsaufbau zwischen Patienten mit Anorexia nervosa und Pflegenden hemmen oder fördern beschrieben. Alle erfassten Arbeiten beschränkten sich auf die qualitative Beobachtung oder Abfrage von Faktoren. Die therapeutische Rolle der Beziehung Patient-Pflegender ist zwar bestätigt (Peplau, 1991), es fehlen aber quantitative Daten zum Stellenwert in einem therapeutischen Gesamtkonzept. Eine experimentelle Intervention zur Veränderung einzelner Faktoren, mit dem Ziel der Erfassung von Daten zur quantitativen Bedeutung einzelner Faktoren, fand bisher nicht statt. So wäre zum Beispiel von Bedeutung, den Faktor Frustration bei mehr Personal zu beobachten. Es wäre auch interessant zu prüfen, inwieweit diese Resultate auch auf andere Essstörungen oder sogar auf andere Suchtverhalten übertragen werden könnten.

## Literaturverzeichnis

- Behrens, J. & Langer, G. (2004). Evidence-based Nursing. Bern: Hans Huber Verlag.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). Evidence-based Nursing and Caring. Bern: Hans Huber Verlag.
- Bulechek, G. & McCloskey Dochtermann, J. (2004). *Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Cantwell, D.W. (1976). The hair-raising generation. In Adolescent Development: Selected Readings. The MacMillan Company of Australia, South Melbourne.
- Coleman, J.C. (1980). *The Nature of Adolescence*. London: Methuen.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber Verlag.
- De Gruyter, W. (2002). *Psyhyrembel – Klinisches Wörterbuch*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Fairburn, C. & Harrison, P. (2003). Eating disorder. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fichter, M., Schweiger, U., Krieg, C., Pirke, K-M., Ploog, D. & Remschmidt, H. (2000). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie: Essstörungen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Fischer, M. & Bartens, W. (1999). *Zwischen Erfahrung und Beweis – medizinische Entscheidungen und Evidence-Based Medicine*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.
- George, L. (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 899-908.
- Geröllinghof, M. & Backmund, H. (2000). Was sind Ess-Störungen? *Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung*. Weinheim: Beltz.
- Karwautz, A. (1997). Gesundheitsbericht Wien. [Elektronische Version]. Gefunden am 10. Oktober 2006 unter [www.wien.gv.at/who/gb/97/pdf/4-7.pdf](http://www.wien.gv.at/who/gb/97/pdf/4-7.pdf)
- King, S. J. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 139-147.



- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Miacevski, V. & McVann, T. (2005). Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. *Contemporary Nurse*, 20, 102-116.
- Muscari, M. (1998). Walking a thin line: Managing Care for Adolescents with Anorexia and Bulimia. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 23(3), 130-140.
- Muscari, M. (2002). Effective Management of Adolescents with Anorexia and Bulimia. *Journal of Psychosocial Nursing*, 40(2), 23-31.
- Neumärker, KJ. & Steinhausen, HC. (2003). Eating disorders at the beginning of the 21st century. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12 (1).
- Oerter, R. & Dreher, E. (2002). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Peplau, H. (1991). *Interpersonal relationships in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer.
- Pfeiffer, E., Hansen, B., Korte, A & Lehmkuhl, U. (2005). Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 268-285.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Rogers, C.R. (2000). *Entwicklung der Persönlichkeit- Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Ramjan, L.M. (2004). Nurses and the "therapeutic relationship": caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503.
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (2004). *Lehrbuch psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Schoen, B. (1997). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Schweiger, U., Peters, A. & Sipos, V. (2003). *Essstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Simpson, H. (1997). *Pflege nach Peplau*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.



Woolfield, N.F. (1994). Adolescence: a time of change and a time of challenge for carers. *Australian Paediatric Nurse*, 5, 548-553.

Zipfel, S. & Herzog, W. (2000). Von der Sucht, mager zu sein. [Elektronische Version]. *Ruperto Carola, Forschungsmagazin der Universität Heidelberg*, (3). Gefunden am 22. Oktober 2006 unter [www.uni-heidelberg.de/presse/ruca/ruca3\\_2000/zipfel-herzog.html](http://www.uni-heidelberg.de/presse/ruca/ruca3_2000/zipfel-herzog.html)

Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D., Deter, HC. & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa; lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, 355, 721-722.

## Anhang

<b>ANHANG A - SUCHSTRATEGIEN.....</b>	<b>A</b>
<b>ANHANG B - ZUSAMMENFASSUNGEN DER STUDIEN .....</b>	<b>A</b>
<b>ANHANG C – BEURTEILUNG EINER SYSTEMATISCHEN ÜBERSICHTSARBEIT / META-ANALYSE .....</b>	<b>C</b>
<b>ANHANG D – BEURTEILUNG EINER QUALITATIVEN STUDIE .....</b>	<b>D</b>
<b>ANHANG E – BEURTEILUNG VON STANDARDS UND LEITLINIEN.....</b>	<b>E</b>
<b>ANHANG F - STÄRKE DER EVIDENZ .....</b>	<b>F</b>

## Anhang A - Suchstrategien

Datenbank	Suchbegriffe	Limits	Treffer	Auswahl
<b>PubMed</b>	#1 anorexia nervosa #2 adolescent #3 nurse-patient relations #4 nurs*		9645 1209261 23561 486695	
1	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Zwischen 1997-2007 publiziert; Englisch und Deutsch	8	<b>5</b>
2	#1 AND #2 AND #3		8 ( dieselben Treffer wie in Suche 1)	0
3	#1 AND #2 AND #4		40 (8 gleiche Treffer wie in Suche 1 und 2)	<b>1</b>
<b>Cinahl</b>	#1 anorexia nervosa #2 adolescent #3 nurse-patient relations #4 nurs*		1321 30895 8 73237	
4	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Zwischen 1997-2007 publiziert; Englisch und Deutsch	0	0
5	#1 AND #2 AND #3		0	0
6	#1 AND #2 AND #4		106 (davon 1 gleicher Treffer wie in Suche 2)	<b>1</b>
<b>Psycinfo</b>	#1 anorexia nervosa #2 adolescent #3 nurse-patient relations #4 nurs*		1456 7131 3 11965	
7	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Zwischen 1997-2007 publiziert; Englisch und Deutsch	0	0
8	#1 AND #2 AND #3		0	0
9	#1 AND #2 AND #4		7	0
<b>Cochrane</b>	#1 anorexia nervosa #2 adolescent #3 nurse-patient relations #4 nurs*		356 60754 204 10451	
10	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Zwischen 1997-2007 publiziert	0	0
11	#1 AND #2 AND #3		0	0
12	#1 AND #2 AND #4		0	0

## **Anhang B - Zusammenfassungen der Studien**

**Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa.**

Miacevski V., McVann T., Contemporary nurse (2005) 20; 102-116

Design / Ziel / Frage / Evidenzgrad	Setting / Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen / Stärken / Schwächen / Ethik
<p><u>Design:</u></p> <p>Qualitative Studie /Grounded Theorie.</p> <p><u>Ziel:</u></p> <p>Strategien von Kinderpflegefachpersonen beschreiben, welche sie nutzen, um professionelle zwischenmenschliche Beziehungen zu adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa zu entwickeln.</p> <p><u>Frage:</u></p> <p>Wie entwickeln pädiatrische Pflegenden professionelle zwischenmenschliche Beziehungen mit adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa?</p> <p><u>Evidenzgrad:</u></p> <p>IV</p>	<p><u>Setting:</u></p> <p>Pädiatrische Abteilung eines mittelgrossen Spitals von Australien</p> <p><u>Stichprobe:</u></p> <p>Es wurden soviel Teilnehmer befragt, bis eine Sättigung erreicht wurde. In diesem Fall sind es 10 Kinderpflegefachfrauen</p>	<p><u>Datensammlung:</u></p> <p>Unstrukturierte Tiefeninterviews von ca. 30-60 min.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>Simultane Datensammlung, – Analyse und, Kodierung (permanenter Vergleich)</p> <p>Ein Kodierungssystem mit drei Ebenen wurde geschaffen: offen, axial und selektiv (Grounded Theorie).</p>	<p><b>Beziehungsfördernde Interventionen</b></p> <p>Vertrauen entwickeln durch aktives Zuhören, Vertraulichkeit wahren, ehrlich sein und sich Zeit für die Patienten nehmen. Verhältnis aufbauen ist Mittel um Vertrauen zu entwickeln, durch Herstellung eines Drahtes, Signale der Patienten interpretieren, sich gegenüber der Patienten öffnen, Ablenkung. Eine Unterstützung sein durch Ermutigung, Wertschätzung und Kontrolle den Patienten überlassen.</p> <p><b>Ressourcen für die Pflegenden</b></p> <p>Pflegende unterstützen sich gegenseitig durch Informationsaustausch bezüglich Beziehungsaufbaus. Lernen von Erfahrungen durch Reflektion.</p> <p><b>Erschwerte Kontextbestimmende Faktoren</b></p> <p>Pflegestandards, Behandlungspläne, Arbeitsbelastung, ungenügende Ausbildung und die ungenügende Wahrnehmung der Patienten erschweren den Beziehungsaufbau.</p>	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <p>Standards müssen überprüft und aktualisiert werden. Grosse Arbeitsbelastung muss vermieden werden. Bessere Ausbildungen. Supervisionen sollen stattfinden.</p> <p>Es gibt begrenzt Forschung zur Entwicklung von Beziehungen mit Patienten mit Anorexia nervosa.</p> <p><u>Schwächen:</u></p> <p>Es ist unklar, wie lange die Pflegenden schon mit Anorexia nervosa Patienten zusammenarbeiten. Die Studie darf nicht auf andere Settings verallgemeinert werden.</p> <p><u>Ethik:</u> Von der Ethikkommission genehmigt Zum Datenschutz wurden Pseudonyme benutzt.</p>

**Nurses and the “therapeutic relationship”: caring for adolescents with anorexia nervosa**

Ramjan L. M., Journal of Advanced nursing, (2004) 45(5); 495-503

Design / Ziel / Frage / Evidenzgrad	Setting / Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen / Stärken / Schwächen / Ethik
<p><u>Design:</u></p> <p>Qualitative Studie mit naturalistischem Paradigma</p> <p><u>Ziel:</u></p> <p>Ziel der Studie ist es, Schwierigkeiten und Hindernisse, welche den Aufbau therapeutischer Beziehungen für Pflegende mit adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa in pädiatrischen Abteilungen hindern, zu beschreiben.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u></p> <p>IV</p>	<p><u>Setting:</u></p> <p>Allgemein Krankenhaus. 6 Pflegenden von der Jugendabteilung und 4 Pflegende von der Kinderabteilung wurden befragt.</p> <p>Stufenprogramm, welches auf Verhaltensänderung basiert</p> <p>Die Patienten starten je nach Zustand in Stufe 1-2. Bei Gewichtszunahme oder anderen positiven Veränderungen steigen sie höher bis in Stufe 5. Je höher die Stufe, desto mehr Freiheit für den Patient.</p> <p><u>Stichprobe:</u></p> <p>10 diplomierte Pflegende, 3 Männer und 7 Frauen im Alter zwischen 26 bis 48. Die Teilnehmer hatten zwischen 5 bis 26 Jahren Erfahrung in der Pflege und zwischen 5 bis 6 Jahren Erfahrung mit Jugendlichen mit Anorexia nervosa.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <p>mind. 2 Jahre Erfahrung in der Pflege mit adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa.</p>	<p><u>Datensammlung:</u></p> <p>Daten wurden mittels halb-strukturierten Interviews gesammelt. Befragt wurden die Schwierigkeiten der Teilnehmer in der Pflege mit Jugendlichen mit Anorexia nervosa sowie die Hindernisse und Bedeutung der therapeutischen Beziehungen. Die Interviews dauerten zwischen 1 und 2 Stunden.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>Da der Forscher selber Mitglied der befragten Gruppe war, erstellte er ein Journal mit seinen eigenen Werten</p> <p>Vorteile: Die Teilnehmer vertrauen ihm, was die Arbeit erleichtert.</p> <p>Nachteile: Die Teilnehmer nehmen an, dass dem Forscher ihre Gedanken klar sind, da er bis vor kurzem auf der entsprechenden Abteilung arbeitete.</p> <p>Die Datenanalyse und -Sammlung erfolgte simultan. Die transkribierten Interviews wurden wiederholt gelesen und manuell sowie mit der Software NUD*IST thematisch analysiert. Die Themen wurden mittels einer Linie-für-Linie-Analyse kodiert. Die Themen und Interpretationen wurden von den Teilnehmern, deren Kollegen und Supervisoren auf Fehlerfreiheit überprüft</p>	<p><b>Erschwerte kontextbestimmende Bedingungen</b></p> <p>Mangelnde Schulung in Psychologie und Wissen um die Heilung der Anorexia nervosa erschwert das Verständnis.</p> <p>Machtkampf: Der Hauptkampf um die Macht spielt sich durch das Essen ab. So sahen die Patienten ein Nasogastralsonde als Strafe und wehrten sich dagegen, um ihre Macht wieder zu erlangen. In diesen Situationen handelten die Pflegenden unbewusst wie Gefängnisaufseher. Pflegenden, die das Behandlungsprogramm erzwingen, werden als Personen gesehen, die ihnen die Privatsphäre wegnehmen, Strafen auferlegen und die Kontrolle wegnehmen. Bezugspflege wird von den Teilnehmern als negativ bewertet, da sie zu wenig geschult sind. Trotzdem könnte Bezugspflege helfen, therapeutische Beziehungen zu entwickeln.</p> <p><b>Manipulation</b></p> <p>Durch das Stufenprogramm, reagieren die Jugendliche oft rebellisch und werden von den Pflegenden oft als manipulativ wahrgenommen. Daraus erfolgt ein Machtkampf, wobei beide Parteien um die Kontrolle kämpfen. Resultat daraus ist, dass sich beide Gruppen misstrauen. Gegenseitiges Misstrauen: das Resultat von Manipulationen. Die meisten Teilnehmer fühlen sich durch die Patienten manipuliert. Durch fehlendes Wissen erwarteten sie Manipulationen und fürchten diese. Die Jugendlichen sehen die Pflegenden als Autoritätsfiguren. Es ist schwierig das Vertrauen der Jugendlichen zu gewinnen, wenn man als Feind oder Polizist angeschaut wird. Manipulation wird als Instrument gesehen, wie die Jugendlichen ihre Kontrolle zurück gewinnen. Die Teilnehmer berichten, durch Manipulationen ausgebrannt zu sein.</p> <p><b>Beziehungshemmende Grundhaltungen</b></p> <p>Viele Teilnehmer denken, dass Anorektikerinnen ihr Leiden selber provozieren und dies darum auch selber in Ordnung bringen sollen. Sie sehen die Arbeit mit Patienten mit Anorexia nervosa als leicht und eine Zeitverschwendung im Vergleich zu anderen Formen der Pflege. Einige Pflegende sehen sich als Versager, weil sie das Gefühl haben, keine Kontrolle über den Heilungsprozess zu haben.</p> <p>Das Opfer beschuldigen: Die Krankheit wird als selbstverschuldet betrachtet. Sie erachten die Beziehung zu anderen chronisch kranken Kindern als wichtiger, welche oft wegen der grossen Zeitinvestition bei Anorektikerinnen zu kurz kommen. Dies könnte eine Folge von Personalmangel sein.</p> <p>Etikettierung: Die Patienten werden als „schlecht“ oder Kriminelle angesehen, die in einem Gefängnis sind und ihre Zeit absitzen. Sobald sie essen, werden sie entlassen und kommen als Wiederholungstäter wieder zurück. Dadurch machen sich die Pflegenden zu Wärtern, was jegliche Chance einer therapeutischen Beziehung verhindert.</p> <p>Favoriten: Pro und Kontra: Patienten, die compliant sind, werden häufig bevorzugt. Dadurch entwickelt sich eine gute Beziehung. Die Nachteile sind jedoch, dass die Pflegenden den Patienten zu nahe kommt und sie dadurch nicht mehr neutral agieren kann. Alle Patienten sollten als Favoriten gesehen werden im Sinne dass alle einzigartig sind.</p>	<p>Das Setting im Allgemeinkrankenhaus wurde für Patienten mit Anorexia nervosa als nicht ideal bewertet.</p> <p>Das Personal muss besser geschult werden.</p> <p><u>Stärken:</u> Als Konsequenz dieser Studie wurde anschliessend in diesem Spital eine Weiterbildung für Pflegende die mit Patienten mit Anorexia nervosa arbeiten angeboten.</p> <p><u>Ethik:</u> Die Bewilligung wurde vom Kinderspital, sowie von der Universität von West Sydney eingeholt. Pseudonyme wurden verwendet.</p>

**Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective.**

King S. J., Journal of Advanced Nursing, (2000) 32(1); 139-147

Design / Ziel / Frage / Evidenzgrad	Setting / Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen / Stärken / Schwächen / Ethik
<p><u>Design:</u></p> <p>Qualitative Studie, basiert auf der Phänomenologie von Edmund Husserl.</p> <p><u>Ziel:</u></p> <p>Das Ziel der Studie ist, die Lebenserfahrungen von diplomierten Pflegenden, welche in einem Allgemeinkrankenhaus mit jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa arbeiten, zu beschreiben.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u></p> <p>IV</p>	<p><u>Setting:</u></p> <p>Pädiatrie in einem Allgemeinkrankenhaus in Australien</p> <p><u>Stichprobe:</u></p> <p>Zehn diplomierte Pflegefachfrauen, ohne Ausbildung in Psychiatriepflege, die seit mindestens sechs Monaten mit Patienten mit Anorexia nervosa gearbeitet haben.</p>	<p><u>Datensammlung:</u></p> <p>Tiefeninterviews mit einer offenen Frage zu Beginn. Die Interviews fanden entweder bei den Teilnehmern oder bei dem Untersucher zu Hause statt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>Die Daten wurden transkribiert und mittels Colaizzi's Methode analysiert.</p>	<p><b>Grundhaltungen der Pflegenden</b></p> <p>Die Pflege der Teilnehmerinnen basiert auf ihren persönlichen Werten. Genannt wurden: Gleichberechtigung in der Pflege, Vertrauen, Privatsphäre, nicht wertend Sein, Vertraulichkeit wahren, die Rechte der Patienten sichern. Anhand dieser Werte, konzentrieren und reflektieren die Teilnehmer ihre Pflege.</p> <p><b>Vorgetäushtes Verhalten</b></p> <p>Durch betrügerisches Verhalten der Patienten, werden die Teilnehmer misstrauisch und werden ihren Werten und Haltungen gegenüber den Patienten nicht mehr gerecht. Dadurch wird nicht wertend sein, als schwierig empfunden.</p> <p><b>Frustration der Pflegenden</b></p> <p>Viele Emotionen lassen die Pflegenden denken, dass sie nicht fähig sind eine Beziehung mit ihren Patienten aufzubauen. Der Glaube an sich selber schwankt. Persönliche Werte fallen weg und werden durch innerlichen Tumult von Gefühlen von Traurigkeit, Wut und Entmutigung ersetzt. Als umfassendes Gefühl in unzähligen Formen und Kontexten wurde Frustration genannt. Die Teilnehmer nannten Sabotage, Oberstabsfeldwebel und Kämpfen um ihre Gefühle zu beschreiben. Dies entwickelte die unbewusste Absicht „wir gegen sie“ und „wer wird den Kampf um die Einhaltung Regeln gewinnen?“ Der stetige Kampf frustrierte die Teilnehmer. Aufmerksam und umsichtig sein erschöpfte sie. Leben mit Frustration überwältigte die Teilnehmer und sie erreichten einen Punkt, wo sie genug hatten. Das Kämpfen, Frustration, verletzt werden und fehlender Erfolg verminderte ihre Belastbarkeit so fest, dass sie die Situationen nicht mehr bewältigen konnten. Dadurch distanzieren sie sich von den Patienten um sich zu schützen. Trotzdem waren für einige Teilnehmer ihre Erfahrungen ein Anstoss um Alternativen zu suchen.</p> <p><b>Ressourcen für die Pflegenden</b></p> <p>Die Teilnehmer begannen ihre Pflege zu hinterfragen und realisierten, dass die Qualität ihrer Pflege nichts zu tun hatte mit dem Wohlergehen ihrer Patienten. Sie begannen die Situation objektiv zu betrachten. So äusserten die Teilnehmer die Erfahrungen als wertvoll. Ihre eigenen Erfahrungen zu reflektieren, befähigte die Teilnehmer, die Pflege von verschiedenen Perspektiven zu sehen.</p>	<p><u>Schlussfolgerungen:</u></p> <p>Das negative Selbstbild veranlasste die Pflegenden ihren Fokus zu wechseln. Dies zwang sie Alternativen zu suchen, was sie befähigte, Beziehungen zu entwickeln. Das Wissen der Teilnehmer über die Pflege von Anorexia nervosa war ungenügend. Eine solide Schulung wäre für die Pflegenden hilfreich.</p> <p><u>Schwäche:</u></p> <p>Der Zweck der Studie ist nicht explizit beschrieben. Testinterviews wurden nicht gemacht oder nicht erwähnt.</p> <p><u>Ethik:</u> Die Zustimmung einer ethischen Kommission wurde gegeben. Pseudonyme wurden verwendet.</p>

# Effective Management of Adolescents with Anorexia and Bulimia

Muscari M., Journal of Psychosocial Nursing, (2002) 40(2); 23-31

Design / Ziel / Frage / Evidenzgrad	Setting / Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen / Stärken / Schwächen / Ethik
<u>Design:</u>  Unsystematische Review  <u>Frage:</u>  Wie sieht effektives Management von Adoleszenten mit Anorexia nervosa und Bulimie aus?  <u>Evidenzgrad:</u>  V	<u>Population:</u>  Literatur über die Pflege jugendlicher Patientinnen mit Anorexia nervosa und Pflegenden (Ausbildungsgrad der Pflegenden nicht bekannt)	<u>Methode:</u>  Datensuche, -Analyse und – Auswahl nicht erwähnt  16 Quellenangaben	<b>Vorgetäuschte Verhalten</b>  Essstörungen rufen Scham, Verleugnung und fehlende Einsicht hervor. Viele Jugendliche sind der Essstörung ausgeliefert, welche ihre Identität geworden ist. Sie verleugnen gegen aussen, dass sie ein Problem haben, verweigern die Behandlung und heucheln Compliance vor. Die Pflegenden dürfen solche Verhaltensweisen nicht personalisieren. Patienten die keine Hilfe annehmen entwickeln Misstrauen und es ist schwierig aber nicht unmöglich jemandem zu helfen, der keine Hilfe will.  <b>Grundhaltungen der Pflegenden</b>  Interventionen zur Gewichtszunahme lösen beim essgestörten Patienten Angst hervor. Pflegende können helfen die therapeutische Beziehung aufzubauen und die Empfindung der Jugendlichen zu vermindern, dass die Pflegenden sie „fett machen“ wollen, in dem sie ihre Angst anerkennen und ihnen helfen diese zu bewältigen. Empathie ist entscheidend, sollte jedoch beständig sein.	<u>Schwächen:</u>  Ziel, Methode und Systematik nicht beschrieben.



**Walking a thin line: Managing Care for Adolescents with Anorexia and Bulimia**

Muscari M., The American Journal of maternal child nursing (1998) 23(3); 130-140

Design / Ziel / Frage / Evidenzgrad	Setting / Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen / Stärken / Schwächen / Ethik
<u>Design:</u>  Unsystematische Review  <u>Ziel und Frage:</u>  Wie managen Pflegefachkräfte die Pflege von Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimie?  <u>Evidenzgrad:</u>  V	<u>Population:</u>  Literatur über die Pflege jugendlicher Patientinnen mit Anorexia nervosa und Pflegenden (Ausbildungsgrad der Pflegenden nicht bekannt)	<u>Methode:</u>  Datensuche, -Analyse und –Auswahl nicht erwähnt.  11 Quellenangaben	<b>Beziehungsfördernde Interventionen</b>  Vertrauen wächst durch Empathie und ein ehrliches Anliegen für die Gefühle der Patienten. Empathie ist wichtig und wird bestärkt durch Beständigkeit und Grenzen setzen. Häufig sind es die Pflegenden, die die Behandlung von Patienten mit Essstörungen leiten, vor allem, wenn kein verfügbares Team vorhanden ist oder die Pflegenden Bezugspflege bietet oder selber Therapeutin ist. Die Jugendlichen verleugnen ihre Störung nach aussen, verweigern die Behandlung, heucheln Compliance. Pflegenden dürfen diese Verhaltensweisen nicht personalisieren sondern als Störung bezogenes Verhalten betrachten.  <b>Manipulation</b>  Manipulatives Verhalten ist der Versuch mit ungestillten Bedürfnissen wie Vertrauen, Sicherheit und Kontrolle umzugehen. Gefühle wie Misstrauen und Machtlosigkeit lassen die Jugendlichen zu Meister im Manipulieren werden. Sie benutzen aktive Methoden wie Ruhe, Unpünktlichkeit und seufzen. Manipulationsmanagement beginnt mit der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung; erhöhtes Vertrauen heisst verminderter Manipulation. Zudem vermindert Klarheit, Prägnanz und Kontinuität die Manipulation. Manipulation und verzerrte Realität kann zu lebensbedrohlichen Verhalten führen, welche direkte Konfrontation verlangen. Konfrontation zeigt sich in einer nicht wertenden Haltung indem Pflegenden Grenzen setzen und Struktur bieten, um äussere Kontrolle zu entwickeln. Feedback wird auf die Anerkennung von veränderten Verhalten konzentriert. Unterstützung wird geboten um die Jugendlichen zu ermutigen Verantwortung für ihr Handeln und ihre Veränderungen zu übernehmen.	<u>Schwächen:</u>  Ausbildungsgrad der Pflegenden nicht bekannt.  Datensuche, -Analyse und –Auswahl nicht erwähnt  Fragestellung oder Zielsetzung nicht erwähnt.  <u>Ethik:</u> Keine Angaben

**The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship.**

George L., Journal of Advanced nursing (1997) 26; 899-908

Design / Ziel / Frage / Evidenzgrad	Setting / Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen / Stärken / Schwächen / Ethik
<p><u>Design:</u></p> <p>Unsystematische Review</p> <p><u>Ziel:</u></p> <p>Betrachten der Rolle der Pflegenden in der Gestaltung einer therapeutischen Beziehung mit Patienten mit Anorexia nervosa, mit Bezug auf die psychischen Profile, welche solche Patienten aufweisen.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u></p> <p>V</p>	<p><u>Stichprobe:</u></p> <p>Literatur über den therapeutischen Beziehungsaufbau bei anorektischen Patienten.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u></p> <p>Es wird nicht beschrieben, in welchen Datenbanken gesucht wurde. Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht bekannt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>Keine Angaben</p> <p>128 Quellenangaben</p>	<p><b>Beziehungsfördernde Interventionen</b></p> <p>Anorektiker, die missbraucht wurden, entwickeln oft ein Misstrauen gegenüber anderen. D.h. Sie meinen, dass Pflegende ihnen die Kontrolle wegnehmen wollen, anstatt zu helfen. Dadurch verspüren sie oft ambivalente Gefühle: nach Aussen Verweigerung der Therapie, nach Innen der Wunsch nach Hilfe. Dabei müssen Pflegende ihnen mit viel Geduld und Ausdauer entgegenkommen, um Vertrauen aufzubauen. Da AnorektikerInnen oft kognitive Defizite haben, Informationen über Behandlung etc. wiederholt erklären.</p> <p><b>Grundhaltungen der Pflegenden</b></p> <p>Faktoren die eine therapeutische Beziehung begünstigen sind: Empathie, positive Wertschätzung, Akzeptanz, nichtwertende Haltung, Vertrauen, Vertraulichkeit, Ansprechbarkeit, Ehrlichkeit, Stetigkeit, Warmherzigkeit, Engagement. Um eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen, muss das Individuum im Mittelpunkt stehen und nicht die Krankheit. Das wiederum erhöht die Selbstachtung des Patienten.</p> <p><b>Beziehungsfördernde Ressourcen für die Pflegenden</b></p> <p>Pflegende brauchen Unterstützung (Burn-out Gefahr). Teamsitzung und offene Kommunikation im Team, sowie Supervisionen. Je grösser das Verständnis der Pflegenden gegenüber der Krankheit, umso besser die Beziehung. Darum sind eine gute Schulung und regelmässige Weiterbildungen Voraussetzung. Die Beziehung gilt als wichtiger Teil der Behandlung. Die therapeutische Beziehung und der Erfolg der Behandlung korrelieren sehr stark miteinander. Viel Zeit für die Patienten nehmen. Bezugspflege.</p> <p><b>Manipulation</b></p> <p>Eine negative Haltung, entstanden durch Manipulation des Patienten, kann schaden und hemmt die Heilung. Pflegende die gegenüber Manipulationen der Patienten zu vorsichtig sind, bringen den Patienten geringes Vertrauen entgegen. Täuschendes Verhalten (z.B. viel Trinken vor Wiegen) soll als Resultat der Angst die Kontrolle zu verlieren verstanden werden und den Patienten offen kommuniziert werden.</p>	<p><u>Schwächen:</u></p> <p>Die Fragestellung, sowie der Zweck der Studie sind nicht genannt. Der Ausbildungsgrad der Pflegenden ist nicht bekannt. Die Datensammlung, -Auswahl und -Analyse ist nicht beschrieben.</p> <p><u>Stärken:</u></p> <p>Die psychologischen Hintergründe der AN wird miteinbezogen.</p> <p><u>Ethik:</u> Keine Angaben.</p>

**Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik**  
Pfeiffer E., Hansen B., Korte A., Lehmkuhl U., Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, (2005) 54; 268-285

Design / Ziel / Frage / Evidenzgrad	Setting / Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen / Stärken / Schwächen / Ethik
<p><u>Design:</u></p> <p>Klinische Leitlinien</p> <p><u>Ziel:</u></p> <p>Der Artikel stellt die aktuelle Praxis einer auf die Behandlung von Essstörungen spezialisierten Uniklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie dar.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u></p> <p>VI</p>	<p><u>Setting:</u></p> <p>Universitäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik mit 20 vollstationären und 10 tagesklinischen Behandlungsplätzen</p>	<p><u>Methode:</u></p> <p>Datensuche, -Analyse und – Auswahl nicht erwähnt</p> <p>32 Quellenangaben</p>	<p><b>Beziehungsfördernde Ressourcen für Pflegende</b></p> <p>Teamsupervisionen finden alle zwei Woche statt und dienen dazu, den beschriebenen Problemen vorzubeugen oder sie zu bearbeiten. Visiten finden ohne Patienten statt, so dass Raum für Interpretationen der Interaktionsmuster zwischen Betreuer und Patient besteht.</p> <p><b>Beziehungsfördernde Interventionen</b></p> <p>In regelmässigen Bilanzgesprächen geben die Bezugspersonen den Patienten eine Rückmeldung über ihre Beobachtungen und gemeinsam wird überlegt, was an der Behandlung bis zum nächsten Gespräch modifiziert werden kann. Somit erhält der Patient Mitspracherecht bei seinen Behandlungsplänen.</p> <p><b>Manipulation</b></p> <p>Die Patienten werden unangekündigt gewogen, um den häufigen Manipulationsversuchen vorzubeugen. Die Behandlung von Patienten mit Anorexia nervosa stellt durch den intensiven Bedarf an Pflege und Kontrolle beim Essen hohe Anforderungen an das multidisziplinäre Team. Verstrickungen zwischen Patienten und Teammitglieder sind ein Problem, das sich aus der Inszenierung spezifischer konflikthafter Beziehungsmuster ergibt. Es kommt häufig zu Spaltungsprozessen, die sofort unterdrückt werden müssen. Patienten mit Anorexia nervosa zeigen häufig ein gestörtes Nähe-Distanz Verhältnis auf, darum Grenzen der Patienten nicht verletzen.</p>	<p><u>Schlussfolgerungen:</u></p> <p>Unangekündigtes Wiegen vermindert Manipulation</p> <p>Patienten bestimmen den Behandlungsplan mit</p> <p>Teamsupervision um Probleme anzusprechen</p> <p>Visiten ohne Patienten</p> <p>Nähe-Distanz wahren durch Grenzen setzen</p> <p><u>Stärken:</u></p>

## **Anhang C – Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit / Meta-Analyse**

# Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?

*Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?*

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

*Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?*

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

*Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? 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. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?

*Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?*

7. Waren die Studien ähnlich?

*Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest?*

## Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?

*Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?*

9. Wie präzise sind die Ergebnisse?

*Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?*

## 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?

*Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?*

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

## **Anhang D – Beurteilung einer qualitativen Studie**

# Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

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

*Wie erfolgte die Auswahl?*

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

*Auch die Perspektive des Forschers?*

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

*Methode der Datensammlung?*

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

*Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

*Wenn nein: warum nicht?*

## Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

*Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

## Anwendbarkeit

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

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

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

## **Anhang E – Beurteilung von Standards und Leitlinien**



# Beurteilung von Standards und Leitlinien

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert? genug eingegrenzt?

2. Wie wurde die Leitlinie erstellt? Schritte?

3. Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt? Alternativen beleuchtet? wer beurteilt?

4. Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein?

5. Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet?

6. Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?

## Aussagekraft

7. Wie gut war die Recherche? welche Datenbanken? Experten? Quellen analysiert? Handsuche?

8. Wie gut waren die einzelnen Studien? Stärke der Evidence? Stichprobengröße? Bias?

7. Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein?

## Anwendbarkeit

9. Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch?

10. Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar? ähnliche Patienten? ähnliche Umgebung?

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

## Anhang F - Stärke der Evidenz

20 Forschungsanwendung in der Praxis

Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core (1999)	Stetler et al. (1998a; Stetler et al., 1998b)	Rosswurm & Larabee (1999)	U.S. Preventive Services Task Force (1996)
<b>Stärke und Konsistenz der Bewertung des Evidenzgrades</b>	<b>Stärke der Evidenz</b>	<b>Qualität der Evidenz</b>	<b>Qualität der Evidenz</b>
A. Evidenz aus einer gut konzipierten Metaanalyse	I. Metaanalyse verschiedener kontrollierter Studien	I. a. Metaanalyse randomisierter Versuche	I. Evidenz durch mindestens einen richtig randomisierten, kontrollierten Versuch
B. Evidenz aus gut konzipierten, kontrollierten Versuchen, randomisiert wie nicht-randomisiert, deren Ergebnisse konsistent eine bestimmte Handlung (z. B. Messung), Intervention oder Behandlung unterstützen	II. Einzelne Experimentalstudie	b. Ein randomisierter kontrollierter Versuch	II-1. Evidenz durch gut konzipierte, kontrollierte Versuche ohne Randomisierung
C. Evidenz aus Beobachtungsstudien (z. B. deskriptiven Korrelationsstudien) oder kontrollierten Versuchen mit inkonsistenten Ergebnissen	III. Quasi-experimentelle Studie, zum Beispiel nicht randomisierter kontrollierter Einzelgruppen-Präposttest, Langzeit mit parallelisierte Fallkontrollierte Studien	II. a. Eine gut konzipierte kontrollierte Studie ohne Randomisierung	II-2. Evidenz durch gut konzipierte Kohorten- oder Fallkontrollierte analytische Studien, bevorzugt aus mehr als einem Zentrum oder einer Forschungsgruppe
D. Evidenz aus Expertenmeinungen oder verschiedenen Fallberichten	IV. Nicht-kontrollierte Studie, zum Beispiel deskriptive Korrelationsstudien, qualitative oder Fallstudien	b. Ein weiterer Typ einer gut konzipierten quasi-experimentellen Studie	II-3. Evidenz durch multiple Langzeitstudien mit Testserien, mit oder ohne Intervention. Aufsehen erregende Ergebnisse in unkontrollierten Experimenten (zum Beispiel die Ergebnisse bei der Einführung der Penicillin-Behandlung in den 1940er-Jahren) können ebenfalls diesem Typ von Evidenz zugerechnet werden.
	V. Fallbericht oder systematisch ermittelte, verifizierbare Qualität oder Programm-Evaluierungsdaten	III. Vergleichende, Korrelationsstudie und andere deskriptive Studien	III. Meinungen angesehener Autoritäten auf der Basis klinischer Erfahrung; deskriptive Studien und Fallberichte, oder Berichte von Expertenkomitees
	VI. Meinungen angesehener Autoritäten; oder die Meinungen eines Expertenkomitees, einschließlich ihrer Interpretation von nicht-forschungsbasierten Informationen	IV. Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees und Expertenmeinungen	

Tabelle 20.2 Zusammenfassung von Bewertungssystemen evidenzbasierter Praxis.