

BACHELORARBEIT

Die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen auf der Intensivstation

Vorgelegt am 02. Juni 2023

von Cristina Isabel Costa

1. Prüferin: Fr. Dr. Stefanie Schniering

2. Prüferin: Fr. Kathrin Platz

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN
HAMBURG**

Department Pflege und Management

Alexanderstraße 1

20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: Die Versorgung auf einer Intensivstation ist nicht nur für die Patient:innen, sondern auch für ihre Angehörigen eine belastende Erfahrung. Angehörige werden mit Ungewissheit, Angst, komplexen Informationen und wichtigen Entscheidungen bezüglich der Versorgung konfrontiert. Sie können infolgedessen stark belastet sein und zum Beispiel an Stress, Schlafstörungen oder Depressionen leiden. Die Betreuung von Angehörigen gehört zum Aufgabenbereich der Pflegekräfte. Unter anderem vermitteln Pflegekräfte Informationen und unterstützen die Angehörigen emotional. Dennoch ist die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen als eigenes Konzept kaum erforscht. Es soll in der vorliegenden Arbeit daher die Fragestellung beantwortet werden: „Welche Bedeutung hat die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen auf der Intensivstation?“

Zielsetzung: Im Hinblick auf die fehlende Forschung soll die vorliegende Arbeit einen Überblick über die verschiedenen Aspekte ermöglichen, die in der Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen relevant sind. Dazu gehören die Bedürfnisse von Angehörigen sowie Faktoren, die die Beziehungsentwicklung beeinflussen. Des Weiteren werden die Auswirkungen von pflegerischen Handlungen in der Kommunikation mit Angehörigen aufgezeigt, durch welche die Bedeutung der Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen verdeutlicht werden soll.

Methodisches Vorgehen: Es wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed durchgeführt und anhand eines PRISMA Flow-Chart dargestellt. Als Ergebnis konnten 14 Studien zur Beantwortung der Fragestellung identifiziert werden. Diese wurden anhand geeigneter Kriterien auf ihre Qualität hin überprüft.

Ergebnisse: Pflegerische Handlungen, unter anderem die Informationsvermittlung, eine empathische Kommunikation und das Einbeziehen der Angehörigen in die pflegerische Versorgung, zeigen bedeutende Auswirkungen auf den psychischen und emotionalen Zustand der Angehörigen. Zudem wirkt sich die Kommunikation mit den Angehörigen ebenso auf die Pflegekräfte und die Versorgung der Patient:innen aus. Die Angehörigenbetreuung sollte im Setting der Intensivstation als bedeutender Bestandteil der Patient:innenversorgung integriert werden. Um die Individualität und Wechselseitigkeit der Beziehung tiefergehend zu verstehen, ist außerdem weitere Forschung notwendig.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	I
1. Einleitung.....	1
2. Darstellung der Beziehung.....	2
2.1. Definition Beziehung.....	3
2.2. Die Pflegebeziehung.....	4
2.3. Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen	5
2.4. Bedürfnisse von Angehörigen auf der Intensivstation	6
2.5. Pflegerische Handlungen, die den Beziehungsaufbau unterstützen.....	8
3. Einflussfaktoren auf die Beziehung	9
3.1. Auf die Pflegekraft bezogene Faktoren	9
3.1.1. Sicherheit im Umgang mit Angehörigen.....	9
3.1.2. Emotionaler Zustand der Pflegekräfte.....	11
3.1.3. Persönliche Einstellung zum Umgang mit Angehörigen.....	11
3.2. Auf die Angehörigen bezogene Faktoren.....	12
3.2.1. Psychischer und physischer Zustand der Angehörigen.....	12
3.2.2. Familiensituation.....	13
3.3. Auf den:die Patient:in bezogene Faktoren	13
3.4. Rahmenbedingungen als Einflussfaktoren.....	14
3.4.1. Zeit-, Platz- und Personalmangel.....	14
3.4.2. Individuelle Stationskultur	15
4. Methodik.....	15
5. Auswirkungen der Beziehung	19
5.1. Informationsvermittlung	19
5.2. Gestaltung der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Angehörigen.....	22
5.3. Einbindung der Angehörigen in die pflegerische Versorgung.....	24
6. Diskussion	25
7. Fazit.....	31
Literaturverzeichnis.....	33
Anhangsverzeichnis.....	II

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow Chart nach PRISMA (2009) deutsche Übersetzung (eigene Darstellung) 18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie auf PubMed (eigene Darstellung) 16

Abkürzungsverzeichnis

Intensivstation	ITS
Posttraumatische Belastungsstörung	PTBS

1. Einleitung

Auf einer Intensivstation findet die Versorgung „schwerst bis lebensbedrohlich erkrankter Patienten (...) mit einem über das sonstige Maß weit hinausgehenden medizinischen und pflegerischen Aufwand“ statt (Larsen, 2016, S. 501). Lebenswichtige Körperfunktionen werden dabei durch Maßnahmen wie die Sedierung, Intubation und künstliche Ernährung unterstützt (Medical Event & Publisher Services GmbH, 2017). Für die Patient:innen stellen diese intensiven Therapiemaßnahmen sowie der kritische Gesundheitszustand, eine große körperliche und psychische Herausforderung dar (Reinberger, Bouchard, Muhl, Nau und Hüppe, 2020). Durch die Zu- und Ableitungen sowie medizinischen Geräte oder sogar Verletzungen, kann sich zudem das äußere Erscheinungsbild der Patient:innen während der Intensivtherapie stark verändern (ICUsteps, 2011). Die Patient:innen in dieser Situation zu begleiten, ist auch für die Angehörigen eine belastende Erfahrung, die mit Ungewissheit und Hilflosigkeit verbunden ist (Gündel & Hönig, 2016). Angehörige können als Folge der starken Belastung zum Beispiel unter Stress, Angst, Depressionen, Schlafstörungen oder Fatigue leiden (Abdullah, Chong, Halain, Ibrahim & Tang, 2021). Die Betreuung von Angehörigen gehört neben der Patient:innenversorgung ebenso zum Aufgabenbereich von professionellen Pflegekräften (§5 Abs. 3 Nr.1 i) PflBG). Bei der Versorgung der Intensivpatient:innen lernen Pflegekräfte häufig auch die Angehörigen kennen und unterstützen sie zum Beispiel durch die Vermittlung von Informationen (Fröhlich, Maier, Naef, & Steudter, 2019). Aufgrund ihrer Beziehung zum:zur Patient:in sind Angehörige außerdem wichtige Ansprechpartner:innen, wenn es um Entscheidungen bezüglich der Versorgung geht (Amrein et al., 2017). Sie unterstützen zudem die Gestaltung einer patient:innenorientierten Pflege, indem sie verschiedene Informationen über den:die Patient:in mitteilen und an der Versorgung teilnehmen (ebd., 2017). Als Folge der regelmäßigen Besuche durch die Angehörigen, entsteht eine Beziehung zwischen ihnen und den Pflegekräften (Maier et al., 2019). Welche positiven Auswirkungen die Beziehungsgestaltung der Pflegekräfte mit den Patient:innen haben kann, zum Beispiel auf ihren Genesungsprozess, ist umfassend erforscht (Bücker, 2019). Die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen wird hingegen als eigenes Konzept in der Literatur kaum erwähnt. Es lässt sich zudem keine Definition dieser Beziehung

identifizieren. Somit fehlen ebenso Erkenntnisse darüber, welche Rolle die Beziehung für die Angehörigen, die Pflegekräfte und auch für die Patient:innen spielt. Im Hinblick auf die Belastung der Angehörigen und ihre bedeutende Rolle auf der Intensivstation (ITS), ergibt sich die Frage:

„Welche Bedeutung hat die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen auf der Intensivstation?“

Aufgrund der fehlenden Definition der Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen, ist es Ziel der vorliegenden Arbeit, einen Überblick über die verschiedenen Aspekte der Beziehung darzustellen (siehe Anhang 1). Als weiteres Ziel soll die Bedeutung der Beziehung für die Angehörigen, die Pflegekräfte und die Patient:innen, im Setting der ITS, hervorgehoben werden. Da keine Literatur vorliegt, welche die Bedeutung dieser besonderen Beziehung als eigenes Konzept untersucht, wird die Bedeutung aus den Auswirkungen verschiedener pflegerischer Handlungen in der Kommunikation mit Angehörigen abgeleitet.

Um ein grundlegendes Verständnis der Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen zu schaffen, soll im zweiten Kapitel zunächst der Inhalt der Beziehung dargestellt werden. Hierfür werden die Merkmale einer Beziehung, die Bedürfnisse von Angehörigen auf einer ITS sowie aktive Handlungen von Pflegekräften beschrieben, welche die Beziehungsqualität steigern. Im anschließenden dritten Kapitel soll die Entwicklung der Beziehung durch die Darstellung der verschiedenen Faktoren veranschaulicht werden, die diese beeinflussen. Das methodische Vorgehen in der systematischen Literaturrecherche wird im vierten Kapitel dargestellt. Als Ergebnis der Literaturrecherche, werden schließlich im fünften Kapitel verschiedene Auswirkungen von pflegerischen Handlungen in der Kommunikation mit Angehörigen dargestellt. Die Ergebnisse werden im Anschluss diskutiert und abschließend folgt ein Fazit.

2. Darstellung der Beziehung

Trotz intensiver Recherche zur Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen lässt sich keine ausformulierte Definition einer derartigen Beziehung in der Literatur finden. Um die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen zu veranschaulichen, sollen zunächst die grundlegenden Merkmale einer

menschlichen Beziehung und die Besonderheiten der Pflegebeziehung zwischen Pflegekräften und Patient:innen dargestellt werden. Im Anschluss werden diese Merkmale mit der Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegekräften verknüpft. Um den Inhalt der Beziehung zu verdeutlichen, werden daraufhin die verschiedenen Bedürfnisse von Angehörigen auf einer ITS dargestellt. Eine anschließende Beschreibung von Handlungen, welche die empfundene Beziehungsqualität steigern, verdeutlicht die Bedeutung von pflegerischen Handlungen als Bestandteil der Beziehung.

2.1. Definition Beziehung

Der Begriff „Beziehung“ wird im Duden als „Verbindung, Kontakt zwischen Einzelnen oder Gruppen“ definiert (Duden, 2023). Beispielhafte Formen einer Beziehung sind eine politische, kulturelle, geschäftliche, private, zwischenmenschliche, zwischenstaatliche und internationale Beziehung (ebd., 2023). Das medizinische Nachschlagewerk „Pschyrembel online“ geht auf die zwischenmenschliche Beziehung ein und definiert sie wie folgt: „Qualität der Verbundenheit oder Distanz sowie der Verbindung zwischen Menschen aufgrund von Austauschprozessen, z.B. Sprache, Gestik, Mimik, Berührung (Kommunikation). Beziehungen sind immer wechselseitig und entstehen sowohl bei aktivem, scheinbar einseitigem oder vermeintlich nichtvorhandenem Austausch“ (Bauer, 2016). In dieser Definition stechen die Auffassungen von Watzlawick, Beavin & Jackson (2007) hervor, die in ihrer Erläuterung der „pragmatischen Axiome“ wiederzufinden sind. Watzlawick et al. (2007) benennen als Medium von menschlichen Beziehungen, die Kommunikation. Diese würde nicht nur in Form von Worten, sondern von Verhalten jeder Art stattfinden und damit paralinguistische sowie non-verbale Phänomene einschließen (Watzlawick et al., 2007). Es sei nach dem ersten Axiom von Watzlawick et al. (2007), auch beim Versuch es nicht zu tun, unmöglich, nicht nicht zu kommunizieren. Watzlawick et al. (2007) beschreiben als zweites Axiom weiterführend, dass jede Mitteilung in einer Kommunikation, neben dem Inhaltsaspekt, einen Hinweis darauf enthält, wie der Sender der Mitteilung seine Beziehung zum Empfänger wahrnimmt. Schlussfolgernd kommt es bei einer Begegnung also zwangsweise zu einer Kommunikation und damit zu einer Beziehung, die über die Kommunikation ausgedrückt wird (Watzlawick et al., 2007).

Büker (2019) geht auf eine bewusste Form der Beziehung ein und unterscheidet zwischen der privaten und der beruflichen Beziehung. Eine private Beziehung sei nach Büker (2019) meist freiwillig und zeitlich zunächst offen. Sie sei von emotionaler Nähe und Vertrautheit, sowie von frei gestaltbaren Begegnungen geprägt (Büker, 2019). Die berufliche Beziehung entstehe hingegen auf Grundlage der beruflichen Funktion einer Person und sei mit der Erbringung und Entgegennahme einer definierten Leistung verbunden (ebd., 2019). Die Beziehung sei dadurch zweckgebunden, zeitlich begrenzt und von einer professionellen Distanz geprägt (Büker, 2019). Die involvierten Personen würden außerdem meist nicht freiwillig ausgesucht werden und könnten sich, z.B. bei Personalwechsel, verändern (Büker, 2019). Die Beziehung in der Pflege identifiziert Büker (2019) als beruflich.

2.2. Die Pflegebeziehung

Mit dem Beziehungsaspekt der pflegerischen Arbeit beschäftigen sich verschiedene pflegewissenschaftliche Theorien. Peplau beschreibt die Pflege in ihrer Publikation zu „Interpersonalen Beziehungen in der Pflege“ als „menschliche Beziehung zwischen einer Person, die krank ist oder gesundheitlicher Versorgung bedarf, und einer Pflegekraft, die speziell dafür ausgebildet ist, den Bedarf an Hilfe zu erkennen und darauf zu reagieren“ (Peplau, 1995, S.28). Im Mittelpunkt der professionellen Beziehung stehe die Unterstützung des:der Patient:in zur positiven Persönlichkeitsentwicklung mittels edukativer Maßnahmen (Peplau, 1995). Orlando hingegen sieht den Schwerpunkt der pflegerischen Beziehung in den individuellen Bedürfnissen des:der Patient:in (Lademann, 2019, zitiert nach Orlando, 1996). Ziel der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient:in sei es, den:die Patient:in dahingehend zu befähigen, seine:ihre Bedürfnisse zu kommunizieren, sodass diese durch eine strukturierte Pflege erfüllt werden können (Lademann, 2019, zitiert nach Orlando, 1996). Friesacher (2008) beschreibt die Pflege in einem aktuelleren pflegewissenschaftlichen Ansatz als „Beziehungshandeln“. Die praktischen Tätigkeiten der Pflege würden stets in Verbindung mit dem Beziehungsaspekt stehen (Friesacher, 2008). Bei einer Vernachlässigung der Beziehung in der Ausführung pflegerischer Tätigkeiten, könnte es zu einer Missachtung oder Demütigung des:der Patient:in kommen (Friesacher, 2008). Auch Büker beschreibt die gezielte Beziehungsgestaltung in der Pflege als „Teil einer jeden

Pflegehandlung, die im direkten Kontakt zwischen einer pflegebedürftigen Person und einer Pflegefachperson stattfindet“ (Büker, 2019, S.30). Die Pflegebeziehung sei für die Patient:innen von hoher Bedeutung, da sie zum Beispiel die Bewältigung von angstbesetzten und vulnerablen Zuständen unterstützen und einen großen Teil der empfundenen Versorgungsqualität ausmachen würde (Büker, 2019). Zentraler Bestandteil der Beziehung sei die Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient:in: „Pfleger:innen gestalten Aushandlungsprozesse mit Patienten, sie informieren und beraten, beantworten Fragen und klären auf, leisten Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, geben Trost und Hoffnung oder führen einfach nur Alltagsgespräche“ (Büker, 2019).

2.3. Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen

Zum besseren Verständnis soll zunächst eine Definition des Begriffes „Angehörige“ dargestellt werden. Angehörige werden im Strafgesetzbuch wie folgt definiert:

Verwandte, Schwäger:innen gerader Linie, der Ehegatte, der Lebenspartner, der Verlobte, Geschwister, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, und zwar auch dann, wenn die Ehe oder die Lebenspartnerschaft, welche die Beziehung begründet hat, nicht mehr besteht oder wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft erloschen ist (§11 Abs.1 Nr. 1 StGB).

Pflegeeltern und Pflegekinder, gehören ebenfalls zur Definition von Angehörigen (§11 Abs.1 Nr. 1 StGB). Diese Definition begrenzt sich auf den Aspekt der Verwandtschaft. Der Begriff der Angehörigen kann jedoch weiter gefasst sein und nichtverwandte Personen einschließen: „Mit den Angehörigen sind alle verwandten, vertrauten, nahestehenden und freundschaftlichen Beziehungen eines Menschen umschrieben“ (Seeger, 2014, S.17, zitiert nach Schniering, 2021). An diese Definition orientiert sich die vorliegende Arbeit.

Nach Büker (2019) solle die Pflegebeziehung stets das familiäre Umfeld einbeziehen, da dieses genauso von der Krankheit und Pflegebedürftigkeit betroffen sei. In der Definition von Pflege des International Council of Nurses (ICN), wird die Pflege von Familien erwähnt: „Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung (...) von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob

krank oder gesund, in allen Lebenssituationen“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., Österreichischer Gesundheits- & Krankenpflegeverband, & Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer, o.J.). Obwohl die Pflege hier auch als Leistung für Familien und gesunde Personen beschrieben ist, begrenzen sich dennoch alle oben genannten Definitionen der Pflegebeziehung in ihrer Wortwahl auf die Beziehung zum:zur Patient:in bzw. zur kranken oder pflegebedürftigen Person.

Nach der Aufführung von Watzlawick et al. (2007) entsteht durch die Präsenz der Angehörigen im Versorgungssetting, ebenso zwischen ihnen und den Pflegekräften zwangsläufig eine Beziehung, selbst wenn kein direkter Wortaustausch stattfindet. Genauso wie die Patient:innen haben auch Angehörige individuelle Bedürfnisse, die sie den Pflegekräften gegenüber kommunizieren und die von diesen erfüllt werden (Lademann, 2019). Die Kommunikation mit den Pflegekräften ist außerdem aus weiteren Gründen, ebenso für Angehörige von zentraler Bedeutung, wie für die Patient:innen. Zum Beispiel erkundigen sie sich über den Zustand des:der Patient:in oder die pflegerische und medikamentöse Therapie, nehmen an pflegerischen Tätigkeiten teil oder müssen wichtige Entscheidungen übernehmen (Manias et al., 2019; Ali, Au, Ordons, Soo, & Stelfox, 2019).

Es fällt also auf, dass die in den genannten Definitionen der Pflegebeziehung beschriebenen Merkmale und Funktionen, auch auf die Beziehung zwischen Pflegekraft und Angehörige:r zutreffen. Der Begriff der Pflegebeziehung kann damit erweitert werden und sich nicht nur auf die Patient:innen, sondern auch auf ihre Angehörigen beziehen. Angehörige nehmen über die Kommunikation und die Unterstützung ihrer Bedürfnisse, die Beziehung zu den Pflegekräften wahr (Maier et al., 2019). Die pflegerischen Handlungen in der Betreuung von Angehörigen, können der Erfüllung der Bedürfnisse dienen und spiegeln einen Anteil der Kommunikation und damit der Beziehung wider. Die Auswirkungen dieser Handlungen können also schlussfolgernd, Erkenntnisse über die Bedeutung der Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen liefern.

2.4. Bedürfnisse von Angehörigen auf der Intensivstation

Ist eine geliebte Person schwer erkrankt und wird auf einer ITS versorgt, beziehen sich die Bedürfnisse der Angehörigen an erster Stelle darauf, das Wohlergehen

des:der Patient:in sicherzustellen, und weniger auf ihr eigenes Wohlergehen (Büyükcoban et al., 2021). Die Angehörigen möchten sicher sein, dass der:die Patient:in die bestmögliche Versorgung bekommt und es an einem gepflegten Erscheinungsbild erkennen können (Allum, Dale, Istanboulian, & Rose, 2021; Büyükcoban et al., 2021; Beck, Clark, Mason, & Milner, 2016). Dadurch können die Angehörigen sich sicher dabei fühlen, die ITS nach ihrem Besuch zu verlassen und die Verantwortung für den:die Patient:in an das Behandlungsteam abzugeben (Büyükcoban et al., 2021).

Besonders während ihrer Abwesenheit ist das Bedürfnis nach Informationen, eines der Bedeutendsten für Angehörige. Sie wünschen sich jederzeit über Zustandsveränderungen des:der Patient:in informiert und dafür auch nach Verlassen der ITS, zuhause angerufen zu werden (Allum et al., 2021; Büyükcoban, et al., 2021; Beck et al., 2016; Amrein et al., 2018). Die gewünschte Häufigkeit der Kommunikation mit dem Behandlungsteam ist individuell und reicht von mehrmals täglich bis zu ein paar Mal die Woche (Ervin, 2019). In einer Studie von Ervin (2019) hätten 51% der befragten Angehörigen die Erwartung geäußert, das Versorgungsteam jederzeit erreichen zu können.

Neben der Häufigkeit der Kommunikation spielt die Art und Weise wie Informationen kommuniziert werden, eine bedeutende Rolle für die Angehörigen. Sie haben das Bedürfnis nach einer Informationsvermittlung, die sprachlich für sie verständlich, sowie offen und ehrlich ist (Beck et al., 2016; Koch, Liamputtong, Rawson, & Wong, 2014). Um Vertrauen zum Personal aufbauen und sich auf mögliche Ereignisse vorbereiten zu können, ist es für Angehörige wichtig, dass keine verschönerte Situation vorgetäuscht wird und, dass die von unterschiedlichen Personen vermittelten Informationen einheitlich sind (Koch et al., 2014; Kalocsai et al., 2018). Eine empathische Kommunikation soll trotz Ehrlichkeit vorliegen (Koch et al., 2014). Angehörige schätzen es, wenn Pflegekräfte sich freundlich und fürsorglich ihnen gegenüber verhalten und in der Vermittlung von belastenden Informationen Rücksicht auf ihre Sensibilität nehmen (Allum et al., 2021; Beck et al., 2016; Koch et al., 2014).

Ein weiteres Bedürfnis von Angehörigen ist, dass Informationen kommuniziert werden ohne, dass die Angehörigen sie erfragen müssen (Koch et al., 2014).

Pflegekräfte sollen dabei non-verbale Kommunikationszeichen wie Mimik und Körpersprache wahrnehmen und eine proaktive Kommunikation initiieren (Allum et al., 2021; Ervin, 2019; Koch et al., 2014). Das ist besonders für Angehörige wichtig, die Angst haben, zu viele Fragen zu stellen oder nicht wissen, welche Fragen sie stellen sollen (Kalocsai et al., 2018). Die Bedürfnisse der Angehörigen bezüglich des Inhaltes der Informationen, können unterschiedlich sein (Koch et al., 2014). Während einige Angehörige auch Informationen über die zukünftige Behandlung erhalten möchten, kann dies für andere überfordernd sein, sodass sie ausschließlich über die aktuelle Situation informiert werden möchten (Koch et al., 2014). Wichtige Inhalte in der Kommunikation mit dem Behandlungsteam können außerdem Informationen bezüglich der Möglichkeiten zur eigenen Beteiligung sowie der Pflege und Schmerzen des:der Patient:in sein (Amrein et al., 2018).

Die Teilnahme an der Behandlung des:der Patient:in ist ein weiteres Bedürfnis von Angehörigen auf der ITS. Einige Angehörige wünschen sich, in die pflegerische Versorgung einbezogen zu werden und kleine Aufgaben selbst übernehmen zu können, wie zum Beispiel die Mundpflege (Allum et al., 2021). Hierbei können sich die Wünsche der Angehörigen allerdings unterscheiden (Büyükcoban, et al., 2021). Für andere ist es zum Beispiel wichtiger, in Entscheidungen bezüglich der Behandlung einbezogen und darin vom Behandlungsteam unterstützt zu werden (Heyland et al., 2015).

In einer Studie von Bloomer, Endacott, Ranse & Coombs (2017) beschreiben Pflegekräfte, welche Bedürfnisse der Angehörigen sie durch die Kommunikation zu befriedigen versuchen. Zusätzlich zur Bedeutung der Patient:innenversorgung, Informationsvermittlung und empathischen Kommunikation, hätten die Pflegekräfte das Bedürfnis der Angehörigen genannt, über sich selbst erzählen zu können. Im Umgang mit mehreren Angehörigen würden sie außerdem darauf achten, die Unterschiede zwischen ihnen wahrzunehmen und individuell auf die Bedürfnisse einzugehen. (Bloomer et al., 2017)

2.5. Pflegerische Handlungen, die den Beziehungsaufbau unterstützen

Die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen wird als positiv empfunden, wenn Pflegekräfte die seelischen Bedürfnisse der Angehörigen unterstützen (Adams, Mannix & Harrington, 2017). Eine frühe Kommunikation über

die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen erleichtert es den Pflegekräften, dies zu tun (Hetland, McAndrew, Perazzo & Hickman, 2018). Der Beziehungsaufbau kann außerdem unterstützt werden, indem die Pflegekräfte den Angehörigen Hoffnung geben und ihnen Nähe zum:zur Patient:in ermöglichen (Adams et al., 2017). Die Einbindung der Angehörigen in pflegerische Tätigkeiten kann das Vertrauen zu den Pflegekräften stärken, besonders wenn Pflegekräfte diese Möglichkeit nutzen, um mit den Angehörigen zu kommunizieren (Hetland et al., 2018; Kean & Mitchell, 2014). Bei der Teilnahme an der Versorgung schätzen Angehörige es außerdem wert, wenn Pflegekräfte ihre Vorschläge und Kenntnisse über den:die Patient:in ernst nehmen (Kalocsai et al., 2018). Auch die Art der Kommunikation hat einen hohen Einfluss auf den Beziehungsaufbau zwischen Pflegekräften und Angehörigen (ebd., 2018). Wenn Pflegekräfte aktiv zuhören, auf die Sorgen der Angehörigen eingehen und sich ihnen gegenüber respektvoll verhalten, wirkt sich das positiv auf die Beziehung aus (Mackie, Marshall & Mitchell, 2018; Yoo, Lim & Shim, 2020). Die Entstehung einer qualitativ hochwertigen Beziehung kann besonders gefördert werden, wenn Pflegekräfte eigene Erfahrungen mit den Angehörigen teilen und Empathie zeigen (Hetland et al., 2018). Auch kleine aufmerksame Handlungen, wie zum Beispiel nach dem Befinden zu fragen, einen Stuhl bereitzustellen und Wasser anzubieten, können die emotionale Verbindung stärken (Kalocsai et al., 2018; Yoo et al., 2020).

3. Einflussfaktoren auf die Beziehung

Die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen, wird durch Faktoren beeinflusst, die sich auf die Pflegekraft, die Angehörigen, den:die Patient:in oder bestimmte Rahmenbedingungen beziehen können. Diese sollen im Folgenden erläutert werden.

3.1. Auf die Pflegekraft bezogene Faktoren

3.1.1. Sicherheit im Umgang mit Angehörigen

Die empfundene Sicherheit im Umgang mit den Angehörigen kann sich zwischen Pflegekräften unterscheiden. Besonders die berufliche Erfahrung und die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen in der Ausbildung, oder in Fortbildungen, haben darauf einen Einfluss (Eggenberger & Sanders, 2016; Adams et al. 2017; Hamilton, Kleinpell, Lipman & Davidson, 2020; Yoo et al., 2020). Pflegekräfte mit

langer beruflicher Erfahrung fühlen sich sicherer im Umgang mit Angehörigen (McConnell & Moroney, 2015). Frisch examinierte Pflegekräfte können es hingegen eher als unangenehm empfinden, von den Angehörigen bei ihren Tätigkeiten beobachtet zu werden (ebd., 2015). Pflegekräfte können außerdem das Gefühl haben, nicht gut genug dafür ausgebildet zu sein, um den Angehörigen Informationen zu vermitteln oder die Umsetzung von theoretischen Kommunikationsstrategien in der Praxis als herausfordernd empfinden (Adams et al., 2017; Yoo et al., 2020). Fehlen Wissen und Erfahrung, legen Pflegekräfte möglicherweise weniger Wert auf die Teilnahme der Angehörigen an der Patient:innenversorgung (Hetland, Hickman, McAndrew & Daly, 2017; Hamilton et al., 2020). Es kann außerdem zur vollständigen Vermeidung von direktem Kontakt mit den Angehörigen kommen (Jin, Son, Tate & Choi, 2022). Eine Studie von Eggenberger & Sanders (2016) ergab, dass Pflegekräfte nach einer Fortbildung zum Umgang mit Angehörigen, mehr Selbstsicherheit, Wissen und Fähigkeiten zeigten. Sie würden außerdem in Zukunft gelernte Kommunikationstechniken umsetzen, Angehörigen mehr Informationen vermitteln und die Familie in den Fokus der pflegerischen Arbeit bringen wollen (Eggenberger & Sanders, 2016).

In engem Zusammenhang mit dem vorhandenen Wissen und der Erfahrung der Pflegekräfte, steht die Angst davor, im Umgang mit den Angehörigen Fehler zu machen oder von diesen verurteilt zu werden (Adams et al., 2017; Hamilton et al., 2020; McConnell & Moroney, 2015). Unsicherheit kann besonders in der Informationsvermittlung bestehen, wenn es um die Entscheidung geht, welche und wie viele Informationen kommuniziert werden sollen (Adams et al., 2017; Jin et al., 2022). Hohe Anforderungen seitens der Angehörigen können Pflegekräfte ebenfalls überfordern (Hetland et al., 2018; Hamilton et al., 2020). Beim Einbezug der Angehörigen in pflegerische Tätigkeiten können Pflegekräfte außerdem Sorge haben, die Angehörigen könnten die Delegation als Zeichen von Faulheit interpretieren (Hetland et al., 2018; McConnell & Moroney, 2015).

Die fehlende Sicherheit der Pflegekräfte im Umgang mit Angehörigen, kann auch in negativen Erfahrungen begründet sein (McConnell & Moroney, 2015). Durch unfreundliche oder aggressive Verhaltensweisen der Angehörigen, können zukünftige Interaktionen bei Pflegekräften Stress auslösen (Yoo et al., 2020). Wurde in der Vergangenheit die Patient:innensicherheit durch die Teilnahme der

Angehörigen an der pflegerischen Versorgung gefährdet, kann sich dies ebenfalls auf die Einstellung der Pflegekräfte diesbezüglich auswirken (Hetland et al., 2018).

3.1.2. Emotionaler Zustand der Pflegekräfte

Die Behandlung auf einer ITS ist meist kurativ orientiert und mit verschiedenen lebenserhaltenden Maßnahmen verbunden (Leung et al., 2017). Es kann zu ethischen Konflikten kommen, wenn Pflegekräfte und Ärzt:innen auf Wunsch von Angehörigen diese Therapiemaßnahmen fortführen müssen, obwohl sie einen palliativen Ansatz als angemessener empfinden (Leung et al., 2017). Das kann für Pflegekräfte emotional belastend sein und die Beziehung zu den Angehörigen erschweren (Adams et al., 2017; Leung et al., 2017). Eine Studie von Lamiani, Ciconali, Argentero & Vegni (2020) habe ergeben, dass sich die emotionale Belastung von Pflegekräften negativ auf die Unterstützung der Angehörigen, die verständliche Informationsvermittlung und den Einbezug in wichtige Entscheidungen auswirkt. Das mehrfache Erleben emotional belastender Familien- und Behandlungssituationen kann außerdem dazu führen, dass Pflegekräfte sich zu ihrem eigenen Schutz von den Angehörigen distanzieren (Adams et al., 2017; Jin et al., 2022).

3.1.3. Persönliche Einstellung zum Umgang mit Angehörigen

Wie viel Zeit Pflegekräfte in die Kommunikation mit Angehörigen und deren Einbezug in die Pflege des:der Patient:in investieren, hängt unter anderem von ihrer persönlichen Motivation ab (Adams et al., 2017; Hetland et al., 2018; McConell & Moroney, 2015; Yoo et al., 2020). Pflegekräfte, die selbst einmal Angehörige auf einer ITS waren, kommunizieren zum Beispiel mehr mit den Angehörigen, da sie das Bedürfnis nach Informationen und danach, in der Pflege mitzuhelfen, nachempfinden können (Büyükcoban et al., 2021; Mackie et al., 2018; Kean & Mitchell, 2014). Es kommt jedoch vor, dass Pflegekräfte das Wissen der Angehörigen und ihre Wirkung auf den:die Patient:in nicht wertschätzen und daher nicht für eine individuelle Gestaltung der Pflege nutzen (Mackie, Marshall & Mitchell, 2021; Mackie et al., 2018). Teilweise dient der Einbezug von Angehörigen in pflegerische Tätigkeiten eigenen Zwecken, wie zum Beispiel dem Sparen von Zeit (Mackie et al., 2017). Angehörige können außerdem als sekundäre Priorität oder als Störung für die Pflege der Patient:innen empfunden werden (Adams et al., 2017;

Mackie et al., 2021). Einige Pflegekräfte sind der Meinung, die Betreuung von Angehörigen falle nicht in ihren Verantwortungsbereich (Adams et al., 2017).

3.2. Auf die Angehörigen bezogene Faktoren

3.2.1. Psychischer und physischer Zustand der Angehörigen

Die Bewältigung der belastenden Situation, in der sich die Angehörigen befinden, ist ein weiterer Faktor, der sich auf die Beziehung zwischen ihnen und Pflegekräften auswirkt (Kean & Mitchell, 2014). Stark gestresste Angehörige können viel Platz und Zeit in Anspruch nehmen und dadurch für Pflegekräfte eine Herausforderung sein, besonders wenn sich der:die Patient:in in einem kritischen Zustand befindet (Kean & Mitchell, 2014; Yoo et al., 2020). Die Vermittlung von Informationen und die Teilnahme der Angehörigen an der pflegerischen Versorgung, passen Pflegekräfte außerdem an den Zustand der Angehörigen an (Hetland et al., 2018; McConell & Moroney, 2015; Leung et al., 2017). Die körperliche Stärke, emotionale Stabilität, Lernfähigkeit und der Wunsch danach, einbezogen zu werden, sind Faktoren, die dabei eine Rolle spielen (Hetland et al., 2018; Kean & Mitchell, 2014). Pflegekräfte können beim Einbezug der Angehörigen in die Versorgung zum Beispiel Angst haben, diese zu überfordern und Symptome von Stress, Angst, Fatigue, einer PTBS oder die Vernachlässigung der Selbstpflege zu verstärken (Hetland et al., 2018). Die Angehörigen könnten sich außerdem gezwungen fühlen, an der Pflege mitzuwirken, obwohl sie sich dazu nicht bereit fühlen oder sich selbst die Schuld dafür geben, wenn sich der Patient:innenzustand verschlechtert (Hetland et al., 2018). Schwierigkeiten in der Bewältigung der Situation werden besonders dann sichtbar, wenn Angehörige nicht aussprechen, dass der:die Patient:in sterben wird und eine unrealistische Vorstellung der Zukunft beschreiben (Leung et al., 2017). Pflegekräfte initiieren die Kommunikation mit Angehörigen eher, wenn sich diese offen gegenüber sensiblen Themen wie dem Tod und der palliativen Versorgung zeigen (ebd., 2015). Auch die Persönlichkeit und Art der Angehörigen wirkt sich auf die Entscheidung der Pflegekräfte aus, mit diesen zu kommunizieren oder sie in die pflegerische Versorgung einzubeziehen (McConell & Moroney, 2015; Kean & Mitchell, 2014). Zum Beispiel werden laute Personen oder Angehörige, die sich nicht an die Besuchszeiten, Stationsregeln oder Anweisungen des Behandlungsteams halten, weniger in die Versorgung einbezogen (McConell & Moroney, 2015; Price et al., 2022; Kean & Mitchell, 2014).

Ein geringer Bildungsstand, sowie Sprach- und Kulturbarrieren können Angehörige in der Kommunikation mit Pflegekräften und somit darin einschränken, vermittelte Informationen zu verstehen und für sich zu nutzen (Hamilton et al., 2020; Price et al., 2022; Mackie et al., 2018).

3.2.2. Familiensituation

Ein weiterer Einflussfaktor auf die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen ist die individuelle Familiensituation. Zum Beispiel können Verpflichtungen anderen Familienmitgliedern gegenüber oder der Beruf, Angehörige darin einschränken, Zeit auf der ITS zu verbringen und an der Versorgung teilzunehmen (Mackie et al., 2021). Wenn Angehörige den:die Patient:in zuhause selbst pflegen oder pflegen werden, ermöglichen Pflegekräfte eher eine Teilnahme an der Versorgung (Hetland et al., 2018; Kean & Mitchell, 2014). Bevor Pflegekräfte Familienmitglieder in pflegerische Aufgaben einbeziehen, bewerten sie außerdem, welche Beziehung der:die Angehörige:r zum:zur Patient:in hat und ob eine gesunde Beziehungsdynamik besteht (Hetland et al., 2018; McConell & Moroney, 2015; Price et al., 2022). Zum Beispiel führen aggressive Verhaltensweisen und dysfunktionale Familienstrukturen dazu, dass die Angehörigen aus der Pflege ausgeschlossen werden (Hamilton et al., 2020).

3.3. Auf den:die Patient:in bezogene Faktoren

Ein kritischer Patient:innenzustand kann für Pflegekräfte ein Grund sein, die Kommunikation mit Angehörigen zu vernachlässigen (Kean & Mitchell, 2014; Yoo et al., 2020). Besonders die Teilnahme der Angehörigen an pflegerischen Tätigkeiten wird durch einen kritischen Zustand des:der Patient:in behindert, da Pflegekräfte eine Gefährdung der Patient:innensicherheit befürchten (Hetland et al., 2018; Price et al., 2022). Angehörige könnten zum Beispiel Zu- oder Ableitungen diskonnektieren (McConell & Moroney, 2015). Dabei kann es zu rechtlichen Folgen kommen, vor denen Pflegekräfte sich schützen möchten (Hetland et al., 2018). Das Vernachlässigen von Datenschutzmaßnahmen kann ebenfalls rechtliche Folgen mit sich bringen, sodass zum Beispiel die Informationsvermittlung über ein Telefonat möglicherweise eingeschränkt wird (Mackie et al., 2018).

Wie viel Zeit Angehörige auf der ITS verbringen und wie stark sie in die pflegerische Versorgung eingebunden werden, ist auch von den individuellen Wünschen des:der

Patient:in abhängig (Mackie et al., 2021). Während einige Patient:innen möchten, dass ihre Angehörigen an der Pflege und an wichtigen Entscheidungen teilnehmen, genügt es anderen, wenn die Angehörigen ausschließlich über die Situation informiert werden (ebd., 2020). Pflegekräfte beobachten außerdem selbst, wie der:die Patient:in auf die Angehörigen reagiert (Price et al., 2022). Die Privatsphäre des:der Patient:in kann für Pflegekräfte zudem eine Priorität sein, wodurch das Einbinden der Angehörigen eingeschränkt wird (McConell & Moroney, 2015). Um die Privatsphäre zu bewahren können Pflegekräfte außerdem das Bedürfnis haben, während der Besuchszeiten pflegerische Aufgaben zu verschieben, wodurch das konstante Dasein der Angehörigen für sie zur Belastung wird (Kean & Mitchell, 2014).

Die Beziehung zwischen Pflegekräften und dem:der Patient:in kann sich ebenfalls auf die Kommunikation mit den Angehörigen auswirken (Kean & Mitchell, 2014). Eine Beziehung zum:zur Patient:in und seiner:ihrer Familie wird eher bei einem langen Aufenthalt auf der ITS aufgebaut (McConell & Moroney, 2015; Kean & Mitchell, 2014). Dadurch haben Pflegekräfte und Angehörige Zeit, sich kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen (Kalocsai et al., 2018).

3.4. Rahmenbedingungen als Einflussfaktoren

3.4.1. Zeit-, Platz- und Personalmangel

Fehlende Zeitressourcen schränken Pflegekräfte in ihrer Kommunikation mit den Angehörigen ein (Adams et al., 2017; Jin et al., 2022; Hetland et al., 2017; Hetland et al., 2018; Yoo et al., 2020). Besonders in Verbindung mit einem hohen Workload und fehlendem Personal, kommt es zur Priorisierung von anderen Tätigkeiten (Price et al., 2022; Hetland et al., 2017; Hetland et al., 2018; Hamilton et al., 2020; Price et al., 2022). Je mehr Patient:innen von einer Pflegekraft betreut werden, desto weniger können Angehörige in die Versorgung eingebunden werden (Hetland et al., 2017).

Auch fehlende räumliche Ressourcen für private Gespräche und Übernachtungsmöglichkeiten, können eine Barriere für die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegekräften und Angehörigen sein (Adams et al., 2017; Hetland et al., 2018; Price et al., 2022).

3.4.2. Individuelle Stationskultur

Die individuelle Kultur der ITS bezüglich des Umgangs mit Angehörigen kann die Handlungen von Pflegekräften beeinflussen (Hetland et al., 2018). Dazu gehört zum Beispiel, ob auf der ITS evidenz-basierte Standards zur Verfügung stehen und genutzt werden (Hetland et al., 2017; Hetland et al., 2018; Hamilton et al., 2020; Price et al., 2022). Unterschiedliche Meinungen und fehlende Unterstützung im Team können außerdem interne Konflikte auslösen und führen zu Diskontinuitäten in der Kommunikation mit den Angehörigen (Adams et al., 2017; Hetland et al., 2018; Hamilton et al., 2020; Price et al., 2022). Die Kommunikation innerhalb des Teams kann sich ebenfalls darauf auswirken, wie strukturiert die Informationsvermittlung an die Angehörigen erfolgt (Jin et al., 2022).

Besuchszeiten können sich je nach ITS unterscheiden und haben einen großen Einfluss darauf, wie viel Zeit Angehörige auf der Station verbringen und eine Beziehung zu den Pflegekräften aufbauen können (Yoo et al., 2020). Stark eingeschränkte Besuchszeiten können zum Beispiel Misstrauen seitens der Angehörigen verstärken, da sie keine Zeit haben, sich einen Eindruck der Versorgung zu machen und ausführliche Gespräche mit dem Behandlungsteam zu führen (ebd., 2020). Flexible Besuchszeiten hingegen, fördern die Teilnahme der Angehörigen an der pflegerischen Versorgung (Hetland et al., 2018).

4. Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde im April 2023 eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed durchgeführt. Die identifizierten Suchbegriffe beziehen die verschiedenen Aspekte der Fragestellung ein, zu denen die Angehörigen, die Pflegekräfte, die Beziehung zwischen ihnen und ihre Bedeutung sowie das Setting der ITS gehören. Es wurden Synonyme identifiziert und die Suchbegriffe für die Suchstrategie auf PubMed ins Englische übersetzt (Tabelle 1).

Suchnummer	Suchbegriffe	Trefferanzahl
#1	family OR relatives	3.286.858
#2	nurse	431.358

#3	relationship OR nurse-family OR communication OR interaction	5.069.554
#4	impact OR consequence OR meaning OR value OR role OR influence OR effect OR importance OR significance OR relevance OR result OR response OR patient-outcome OR patient	23.993.474
#5	ICU OR "intensive care" OR "critical care"	5.49.831
#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	2.021
#7	children OR infant OR newborn OR parents OR pediatric	4.240.806
#8	#6 NOT #7	1.216
#9	#8 Filter: 10 Jahre	707

Tabelle 1: Suchstrategie auf PubMed (eigene Darstellung)

Die Suchbegriffe wurden mit den Bool'schen Operatoren AND und OR kombiniert. Da viele Ergebnisse sich auf den pädiatrischen Fachbereich bezogen, wurde die Suche mit Synonymen für Pädiatrie und dem Operator NOT ergänzt. Um die Aktualität der Intensivmedizin und der gesellschaftlichen Familienstrukturen beizubehalten, wurde die Suche außerdem auf Studien begrenzt, die in den letzten zehn Jahren veröffentlicht wurden. 707 Ergebnisse wurden anhand der Suchstrategie generiert. Diese wurden zunächst anhand des Titels und anschließend anhand des Abstracts auf Eignung geprüft. Das Vorgehen in der Sichtung der Literatur kann dem Flow-Chart auf Seite 18 entnommen werden (Abbildung 1).

Bei der Prüfung der Volltexte wurde auf bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien geachtet. Durch die fehlende Forschung zur Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegekräften, wurden alle Studien einbezogen, welche die Auswirkungen von pflegerischen, an die Angehörigen gerichteten Handlungen beschreiben. Dabei wurden auch Studien einbezogen, deren Forschungsziel nicht die Untersuchung der Auswirkungen war, die diese jedoch als Nebenprodukt der Ergebnisse darstellten. Es wurde nicht eingeschränkt, worauf sich die Handlungen auswirkten. Die einbezogenen Studien beschreiben daher Auswirkungen, die sich auf die

Angehörigen oder auch auf die Pflegekräfte und die Patient:innen beziehen. Es wurden außerdem Studien einbezogen, die als Setting die ITS hatten, unabhängig von ihrem individuellen Fachbereich.

Studien, die andere Settings untersuchten, zum Beispiel die Notaufnahme, wurden nicht einbezogen. Ausgeschlossen wurden zudem Studien, in denen die Handlungen mitunter durch andere Berufsgruppen, zum Beispiel Ärzt:innen, durchgeführt wurden und nicht erkenntlich war, welche Auswirkungen durch die Pflegekräfte entstanden sind.

Als Ergebnis der Literaturrecherche wurden 14 Studien zur Beantwortung der Fragestellung einbezogen (siehe Anhang 2). Eine kritische Studienbewertung wurde für elf Studien anhand der Bewertungskriterien nach Behrens & Langer (2004) durchgeführt. Da von Behrens & Langer (2004) keine Kriterien für alle Forschungsdesigns vorliegen, wurden diese ausschließlich für qualitative Studien, systematische Übersichtsarbeiten und Interventionsstudien genutzt. Die Qualität einer einbezogenen Beobachtungsstudie wurde anhand der Bewertungskriterien des Center for Evidence Based Management (2014) eingeschätzt. Zwei Korrelationsstudien wurden außerdem nach den Kriterien des National Institute for Health and Care Excellence (2022) bewertet. Die Studienbewertungen können im Anhang 3 eingesehen werden.

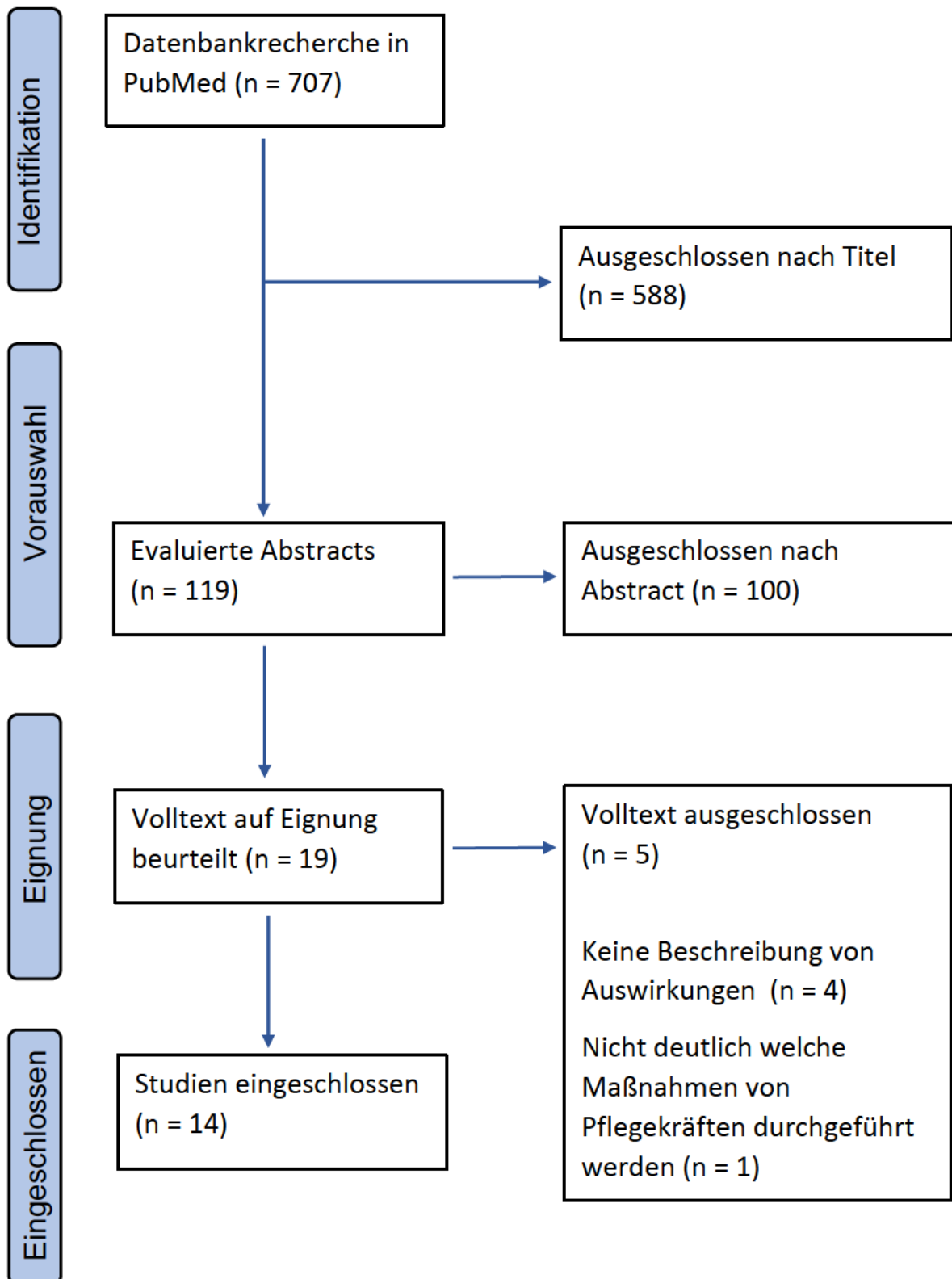


Abbildung 1: Flow Chart nach PRISMA (2009) deutsche Übersetzung (eigene Darstellung)

5. Auswirkungen der Beziehung

Anhand der systematischen Literaturrecherche konnten 14 Studien identifiziert werden, die die Auswirkungen verschiedener pflegerischer Handlungen in der Kommunikation mit Angehörigen beschreiben. Da keine Literatur vorliegt, welche die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen als eigenes Konzept beschreibt und ihre Wirkung untersucht, wird die Kommunikation in der vorliegenden Arbeit als Ausdruck der Beziehung interpretiert. Die Auswirkungen der pflegerischen Handlungen sollen damit die Auswirkungen der Beziehung widerspiegeln. Die Ergebnisse werden im Folgenden in vier Handlungsbereiche unterteilt. Die Auswirkungen der dazugehörigen Handlungen auf die Angehörigen und gegebenenfalls auf die Pflegekräfte und die Patient:innen, werden dargestellt.

5.1. Informationsvermittlung

In der Literatur lassen sich Auswirkungen von pflegerischen Handlungen finden, die der Vermittlung von Informationen an Angehörige dienen. Interventionen zur verbesserten Informationsvermittlung könnten bewirken, dass sich Angehörige unterstützt fühlen, zufriedener mit der pflegerischen Versorgung sind und weniger Symptome von Angst aufweisen (Kiwanuka, Sak-Dankosky, Alemayehu, Nanyonga & Kvist, 2022). Zusätzlich könne dadurch die Unterstützung der Angehörigen im Entscheidungsprozess verbessert werden, wodurch ihre Selbstsicherheit sowie die Kommunikationsqualität gesteigert und Konflikte zwischen dem Behandlungsteam und den Angehörigen verringert werden würden (ebd., 2022).

Eine besondere Bedeutung habe für die Angehörigen die Regelmäßigkeit der Informationsvermittlung. Sie könnten besser damit umgehen, nicht auf der ITS anwesend zu sein, wenn die Pflegekräfte durchgehend telefonisch erreichbar seien und die Angehörigen auch zuhause über wichtige Ereignisse informiert werden würden. Wenn die Angehörigen am Telefon stattdessen ohne weitere Erklärung gebeten werden, später anzurufen, würden sie sich große Sorgen darüber machen, was möglicherweise in dem Moment mit dem:der Patient:in passiert. (Adams et al., 2014)

Zum Verlust von Vertrauen könnte es zudem kommen, wenn Pflegekräfte nicht oder nur vage auf Fragen antworten, versuchen die Antwort zu erraten oder falsche Informationen vermitteln (Adams et al., 2014). In der Befragung von Adams et al.

(2014) hätte eine Angehörige von einer Situation berichtet, in der die Pflegekraft sie darüber informiert hätte, dass sich der Zustand ihres Ehemannes seit ihrem letzten Besuch am Vortag nicht verändert hätte. Die Angehörige hätte jedoch von einer anderen Pflegekraft erfahren, dass der Patient vor Kurzem einen weiteren Schlaganfall gehabt hätte (Adams et al., 2014). Diese Situation hätte ihr Vertrauen in das pflegerische Team verringert (ebd., 2014). Die Auswirkungen einer fehlgeschlagenen Informationsvermittlung zwischen Pflegekräften und Angehörigen beschreiben auch Leung et al. (2017) in ihrer qualitativen Studie. Die befragten Pflegekräfte hätten angegeben, dass es zu Wut und Schuldzuweisungen gegenüber dem Behandlungsteam gekommen wäre, wenn der:die Patient:in gestorben wäre, obwohl die Angehörigen ein anderes Verständnis über seinen:ihren Zustand gehabt hätten und somit nicht vorbereitet gewesen wären (Leung et al., 2017). Die Pflegekräfte hätten außerdem beschrieben, dass eine vertrauensvolle Beziehung zu den Angehörigen die Kommunikation über eine palliative Versorgung erleichtert hätte und dem:der Patient:in somit ein würdevoller Tod ermöglicht worden wäre (ebd., 2017).

Als zielgerichtete Intervention zur Vermittlung von Informationen wird in der Literatur mehrfach die Familienkonferenz erwähnt. Familienkonferenzen würden die Zufriedenheit der Angehörigen mit der pflegerischen Versorgung und mit der Kommunikation erhöhen, sowie ihre Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung verbessern (Kiwanuka et al., 2022). Angehörige würden es außerdem wertschätzen, wenn ein Rahmen für sie geschaffen wird, indem sie gezielte Informationen erhalten und verarbeiten können (Garrouste-Orgeas et al., 2016). Es wäre eine Entlastung, wenn Angehörige durch den Austausch ihre positiven und negativen Gefühle äußern könnten sowie Verständnis und Respekt bekämen (Garrouste-Orgeas et al., 2016). Nach einer Studie von Zante, Camenisch & Schefold (2020) könne die Familienkonferenz außerdem zu einer Verringerung von leichten Angstsymptomen führen, jedoch nur, wenn sie strukturiert und nach festen Richtlinien durchgeführt wird. Familienkonferenzen ohne Richtlinien, haben keine Auswirkungen gezeigt (Zante et al., 2020). Familienkonferenzen zur Thematisierung einer palliativen Versorgung würden außerdem bei Angehörigen nach Versterben des:der Patient:in zu einem geringeren Auftreten von Depressionen, Angstsymptomen, und einer PTBS führen (ebd., 2020). Die

Bedeutung von Familienkonferenzen im Rahmen der palliativen Versorgung wird ebenso von einer Interventionsstudie verdeutlicht. Vor und nach dem Versterben des:der Patient:in haben Ärzt:innen und Pflegekräfte Familienkonferenzen mit den Angehörigen durchgeführt und während des Sterbeprozesses immer wieder Gespräche angeboten, um über wichtige Informationen, Fragen sowie Wünsche und Gefühle zu sprechen. Bei den Angehörigen in der Interventionsgruppe seien Symptome von anhaltender Trauer und Depressionen vergleichsweise seltener aufgetreten. Es haben außerdem weniger Angehörige ein hohes Risiko für eine PTBS aufgezeigt. Die Angehörigen hätten zudem die Qualität der Unterstützung im Sterbeprozess und der Erfahrung auf der ITS als höher empfunden (Kentish-Barnes et al., 2022). Konferenzen über die palliative Versorgung, die nicht vom Stationsteam, sondern von einem fachspezifischen Palliativ-Team durchgeführt werden, haben nach Zante et al. (2020) hingegen ein erhöhtes Auftreten von einer PTBS zur Folge.

Die besondere Bedeutung der Anwesenheit einer Pflegekraft in Familienkonferenzen wird in einer Interventionsstudie von Garrouste-Orgeas et al. (2016) verdeutlicht. Eine Familienkonferenz, in der eine Pflegekraft verschiedene Informationen über die Besonderheiten einer ITS und pflegespezifische Informationen zum Zustand des:der Patient:in vermittelt, führe zu einem geringeren Auftreten von Symptomen von Angst und Depressionen bei den Angehörigen, im Vergleich zu einer Familienkonferenz ohne die Anwesenheit einer Pflegekraft. In den qualitativen Interviews hätten Angehörige angegeben, die Kommunikation von Informationen durch zwei verschiedene Personen, hätte ihnen Sicherheit vermittelt. Die Angehörigen hätten sich zum Beispiel weniger Sorgen darüber gemacht, dass wichtige Informationen vergessen werden könnten. Sie hätten außerdem das Gefühl gehabt, dass im Team eine gute Zusammenarbeit herrschen würde. Es hätte den Angehörigen außerdem dabei geholfen, die Informationen zu verinnerlichen und weiteren Personen aus der Familie zu erklären, wenn Pflegekräfte sie in der Konferenz darum gebeten hätten, komplexe Informationen in eigenen Worten zu wiederholen. Die Vermittlung von Informationen aus der pflegerischen Perspektive, hätten die Angehörigen zudem wertgeschätzt, da die Pflegekraft am meisten Zeit mit dem:der Patient:in verbringen würde. Während Angehörige den:die Ärzt:in als einschüchternd beschrieben hätten, wäre die Pflegekraft hingegen als fürsorgliche

und familiennahe Person wahrgenommen worden, sodass sie durch ihre Anwesenheit in der Familienkonferenz Gefühle von Angst verringert hätte. Symptome einer PTBS seien durch die Familienkonferenz mit Anwesenheit einer Pflegekraft nicht stärker verringert worden als durch eine Konferenz ohne eine Pflegekraft. Bezüglich der Zufriedenheit mit der Menge und Klarheit der erhaltenen Informationen, gäbe es ebenfalls keine Unterschiede. (Garrouste-Orgeas et al., 2016)

Weitere untersuchte Interventionen zur Informationsvermittlung, sind eine Broschüre und eine Pflegeübergabe, an der die Angehörigen teilnehmen können (Zante et al., 2020; Kiwanuka et al., 2022). Diese Interventionen haben allerdings keine Auswirkungen auf Symptome von Angst, Depressionen oder einer PTBS gezeigt (Zante et al., 2020; Kiwanuka et al., 2022).

5.2. Gestaltung der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Angehörigen

Pflegekräfte, die mit den Angehörigen kommunizieren und eine Beziehung zu ihnen aufbauen, würden sich über das positive Feedback der Angehörigen in Form von Vertrauen und Anerkennung freuen (Adams et al., 2017). Sie wären außerdem selbstbewusster und weniger ängstlich im Umgang mit den Angehörigen und würden sich zufriedener mit sich selbst und ihrer Arbeit fühlen (ebd., 2017). Die von den Angehörigen empfundene Kommunikationsqualität habe nach einer Studie von Jo et al., (2019) einen leichten Einfluss auf Symptome von Depressionen. Auf Symptome von Angst und einer PTBS, habe die Kommunikation keinen Einfluss (Jo et al., 2019). Als Ergebnis einer weiteren Studie, würde eine niedrige Zufriedenheit der Angehörigen mit der Kommunikation über eine palliative Versorgung, mit einem erhöhten Auftreten von Angstsymptomen zusammenhängen (Hartog et al., 2015).

Als Kommunikationsstrategien mit positiven Auswirkungen, beschreiben Adams et al. (2014) einen freundlichen und wertschätzenden Umgang, Augenkontakt, physische Nähe, Small Talk und Humor. Hinzu würden die Präsenz und Erreichbarkeit der Pflegekräfte kommen, sowie deren Fähigkeit, Angehörige dazu anzuregen, von sich selbst und dem:der Patient:in zu erzählen. Angehörige würden sich dadurch mit den Pflegekräften verbunden fühlen und Vertrauen in die pflegerische Versorgung entwickeln. Das Gefühl, der:die Patient:in sei einem kompetenten Team überlassen, würde sich verstärken, wenn Pflegekräfte ein

professionelles, ruhiges und selbstbewusstes Auftreten zeigen, sowie sich den Angehörigen gegenüber respektvoll verhalten. (Adams et al., 2014)

Eine empathische Kommunikation zeige in der Befragung von Adams et al. (2014) ebenfalls positive Auswirkungen. Angehörige hätten davon berichtet, dass eine empathische Kommunikation sie dabei unterstützen würde, Vertrauen zu den Pflegekräften aufzubauen (Adams et al., 2014). Sie hätten dadurch das Gefühl sich darauf verlassen zu können, dass die Pflegekraft sie und den:die Patient:in bestmöglich unterstützen würde (ebd., 2014). Den Angehörigen wäre es dadurch leichter gefallen, die ITS mit weniger Sorgen nach ihrem Besuch wieder verlassen und sich zuhause um ihr eigenes Wohlergehen kümmern zu können (Adams et al., 2014). Eine empathische und ehrliche Kommunikation wäre in der Befragung von Gaeeni, Farahani, Mohammadi & Seyedfatemi (2014) von den Angehörigen ebenfalls als förderlich empfunden worden, um Vertrauen zur Pflegekraft aufzubauen. Zusätzlich hätten sie dadurch Sicherheit und mehr Hoffnung empfunden (Gaeeni et al., 2014).

Wenn Pflegekräfte in ihrer Kommunikation mit den Angehörigen ehrlich seien, würde es diese nach Adams et al. (2014) darin unterstützen, auf zukünftige Ereignisse vorbereitet zu sein. Ein:e Angehörige:r hätte zum Beispiel davon berichtet, wie eine Pflegekraft ihm:ihr die Folgen einer fortführenden aggressiven Therapie und die Möglichkeiten einer palliativen Versorgung in Bezug auf das Wohlbefinden des:der Patient:in aufgezeigt hätte (Adams et al., 2014). Es wäre dadurch für ihn:sie möglich gewesen, die Hoffnung umzugestalten und damit umzugehen, dass der:die Patient:in bald sterben würde (ebd., 2014). Bei belastenden Informationen über den kritischen Zustand des:der Patient:in, sei es Angehörigen wichtig, dass die Pflegekräfte respektvoll und empathisch sind, um somit Rücksicht auf ihre Sensibilität zu nehmen (Adams et al., 2014). Würden Pflegekräfte den Angehörigen jedoch falsche Hoffnungen vermitteln oder ihnen die Hoffnung vollständig nehmen, käme es zum Verlust von Sicherheit und Gefühlen der Verzweiflung (Gaeeni et al., 2014). Ein:e Angehörige:r hätte davon erzählt, wie ihm:ihr die Pflegekraft gesagt hätte, ihrer Erfahrung nach würde sie davon ausgehen, dass der:die Patient:in bald sterben würde (Gaeeni et al., 2014). Der:die Angehörige:r hätte beschrieben, sich stark belastet und verzweifelt gefühlt zu haben (ebd., 2014).

Wenn Pflegekräfte kein Interesse an den Angehörigen zeigen, Augenkontakt vermeiden, sich nicht vorstellen oder ihnen den Rücken zukehren, würden Angehörige wenig Vertrauen zu den Pflegekräften aufbauen und sich daher unwohl dabei fühlen, die ITS zu verlassen und den:die Patient:in allein zu lassen (Adams et al., 2014). Sie hätten außerdem eher Angst davor, Fragen zu stellen und würden eine geringe Zufriedenheit mit der ITS aufweisen (ebd., 2014). Respektloses und verurteilendes Verhalten den Angehörigen gegenüber, könnten außerdem Gefühle von Wut, Ärger und Misstrauen auslösen (Adams et al., 2014). Eine Angehörige hätte zum Beispiel davon berichtet, wie sie bei jedem Besuch auf der ITS nach ihrer Ankunft mit ihrem sedierten Ehemann gesprochen hätte, um ihn zu fragen, wie es ihm ginge und ihm zu sagen, dass sie nun bei ihm wäre (ebd., 2014). Sie hätte an einem Tag erlebt, wie die Pflegekraft ihr daraufhin gesagt hätte, dass ihr Ehemann sie nicht hören könne (Adams et al., 2014). Das hätte sie wütend gemacht sowie ihr das Gefühl gegeben, ihr Ehemann sei nicht gut aufgehoben und sie könne nicht beruhigt nach Hause gehen (ebd., 2014). Eine Distanzierung der Pflegekräfte den Angehörigen gegenüber, hätte nach Adams et al. (2017) zudem negative Auswirkungen auf die Pflegekräfte selbst. Es käme zu erhöhtem Stress und Gefühlen von Unzulänglichkeit, welche eine Distanzierung weiter fördern würden (Adams et al., 2017). Auch die Patient:innen seien mit der Pflege weniger zufrieden, wenn die Pflegekräfte sich ihren Angehörigen gegenüber distanziert verhalten und diese nicht begrüßen (Alexandersen et al., 2021).

5.3. Einbindung der Angehörigen in die pflegerische Versorgung

In der Studie von Gaeeni et al. (2014) zeigen die Ergebnisse auf, dass Angehörige durch die Teilnahme an der pflegerischen Versorgung weniger Symptome von Angst, mehr Hoffnung und einen besseren emotionalen Zustand aufweisen würden. Durch die Teilnahme der Angehörigen an pflegerischen Tätigkeiten könnten außerdem das Verständnis der Versorgungssituation und das Gefühl von Sicherheit erhöht werden. Eine Angehörige hätte in der Befragung von Gaeeni et al. (2014) darüber berichtet, wie die Teilnahme an der Pflege ihrer Mutter, ihr die Möglichkeit gegeben hätte, ihrer Mutter nah zu sein sowie sich selbst ein Bild ihres Zustandes zu machen (Gaeeni et al., 2014). Sie hätte dadurch darauf vertrauen können, dass ihre Mutter angemessen gepflegt werden würde und mehr Hoffnung in ihre Genesung gehabt (ebd., 2014). Die Angehörige hätte außerdem gemerkt, wie sich

sowohl ihre als auch die Angst ihrer Mutter verringert hätte (Gaeeni et al., 2014). In einer Studie von Avci & Ayaz-Alkaya (2022) zeigt die Teilnahme der Angehörigen an der Pflege keine Auswirkungen auf Symptome von Angst oder auf die Zufriedenheit der Angehörigen mit der ITS.

Auf den:die Patient:in kann die Teilnahme der Angehörigen positive Auswirkungen haben. Hetland et al. (2018) beschreiben in ihrer Studie, die Patient:innen ließen sich bei der Anwesenheit der Angehörigen schneller beruhigen und würden nachts besser durchschlafen. Die Pflegekräfte hätten außerdem mehr Zeit, sich komplexen Aufgaben zu widmen, wenn Angehörige einfache Tätigkeiten übernehmen (Hetland et al., 2018). Der von den Pflegekräften empfundene Stress würde sich damit verringern (ebd., 2018). Eine weitere Studie berichtet, Angehörige würden die Patient:innen meist sehr gut kennen und dadurch zum Beispiel die Kommunikation mit tracheotomierten Patient:innen für Pflegekräfte erleichtern können (Alexandersen et al., 2021).

6. Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht folgende Fragestellung: „Welche Bedeutung hat die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen auf der Intensivstation?“. Durch die systematische Literaturrecherche konnten verschiedene Auswirkungen von pflegerischen Handlungen identifiziert werden, welche die Bedeutung der Beziehung hervorheben. Als eine dieser Handlungen zeigt die Informationsvermittlung, welche im Kapitel 2.4. als eines der wichtigsten Bedürfnisse von Angehörigen benannt wurde, in der Literatur bedeutende Auswirkungen. Pflegekräfte werden aufgrund ihrer Nähe zum:zur Patient:in von Angehörigen als wichtige Informationsquelle beschrieben. Durch eine regelmäßige Kommunikation von Informationen, unter anderem auch telefonisch, können Pflegekräfte den psychischen Zustand der Angehörigen beeinflussen, indem Symptome von Angst verringert werden. Im Rahmen strukturierter Familienkonferenzen können Pflegekräfte außerdem durch ihre Rolle als familiennahe und fürsorgliche Personen sowie durch ihren Beitrag von Informationen aus pflegerischer Perspektive, ebenfalls eine Reduzierung von Angst und Depressionen bewirken.

Die Vermittlung von Informationen unterstützt Angehörige zudem darin, ein besseres Verständnis der Versorgungssituation zu bekommen und sich sicherer dabei zu fühlen, an wichtigen Entscheidungen mitzuwirken. Zum Beispiel kann die Nutzung der Familienkonferenz zur Kommunikation über eine palliative Versorgung, nach Versterben des:der Patient:in, zu einem geringeren Auftreten von Depressionen, Angstsymptomen und einer PTBS bei den Angehörigen führen. Die Informationsvermittlung und emotionale Unterstützung vor, während und nach dem Sterbeprozess des:der Patient:in, können zusätzlich Symptome einer anhaltenden Trauer verringern.

Pflegekräfte haben durch ihre Beziehung zu den Angehörigen einen hohen Einfluss auf das Gefühl von Sicherheit sowie das Vertrauen der Angehörigen in die Versorgung und in das Team. Die Gestaltung der Kommunikation spielt dabei eine zentrale Rolle. Zum Beispiel durch aktives Zuhören, Augenkontakt und Humor, sowie eine empathische und respektvolle Kommunikation, können Pflegekräfte das Vertrauen der Angehörigen stärken. Unter anderem können Angehörige dadurch nach ihrem Besuch, die ITS mit weniger Angst verlassen und zuhause besser zur Ruhe kommen. Eine ehrliche Kommunikation kann Angehörige außerdem dabei unterstützen, auf zukünftige Ereignisse vorbereitet zu sein. Das Gefühl von Sicherheit und Hoffnung in die Versorgung kann ebenso gestärkt werden, indem Pflegekräfte die Angehörigen in die pflegerische Versorgung einbeziehen. Angehörige haben dabei die Möglichkeit, dem:der Patient:in nah zu sein und sich selbst einen Eindruck des Patient:innenzustandes zu verschaffen, wodurch Angst verringert werden kann. Auch durch distanziertes Verhalten oder dem Vermeiden von Augenkontakt, als Versuch den Beziehungsaufbau zu vermeiden, beeinflussen Pflegekräfte den Zustand der Angehörigen, indem sie Gefühle von Misstrauen und Angst um den:die Patient:in erhöhen.

Die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen wirkt sich nicht nur auf die Angehörigen aus. Die Kommunikation mit Angehörigen kann das Selbstbewusstsein der Pflegekräfte und die Zufriedenheit mit ihrer Arbeit erhöhen, während eine Distanzierung den Angehörigen gegenüber, zu Gefühlen von Unzulänglichkeit und erhöhtem Stress führen kann. Angehörige können den Stress der Pflegekräfte außerdem minimieren, indem sie einfache Tätigkeiten übernehmen oder die Kommunikation mit den Patient:innen erleichtern. Durch ihre Teilnahme an

der Versorgung können sich die Angehörigen ebenso positiv auf die Patient:innen auswirken, indem sie diese beruhigen und einen besseren Schlaf fördern.

Die Glaubwürdigkeit der einbezogenen Studien wurde anhand von Bewertungskriterien eingeschätzt (siehe Anhang 3). Dabei wurde keine der Studien in ihrer Qualität als niedrig bewertet (keine Note unter 3). Es sollen nun die Ergebnisse und die Methodik der einbezogenen Studien in Bezug auf die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung diskutiert werden. Der Fokus soll dabei primär auf die Vorteile und Grenzen der verschiedenen Forschungsdesigns und die dadurch offen gebliebenen Fragen gelegt werden.

Als Ergebnis der Literaturrecherche wurden Studien mit verschiedenen Forschungsdesigns einbezogen, darunter fünf qualitative Studien, drei Interventionsstudien, drei systematische Übersichtsarbeiten sowie zwei Korrelationsstudien und eine Beobachtungsstudie (siehe Anhang 2). Im Hinblick auf die Fragestellung wird dem qualitativen Studiendesign eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Während quantitative Studien die Auswirkungen von bestimmten Handlungen auf vorgegebene Parameter untersuchen, ermöglichen qualitative Studien eine tiefgehende Beschreibung davon, welche Handlungen zu welchen möglichen Auswirkungen führen. Dadurch können auch individuelle Gedanken und Gefühle verdeutlicht werden, welche durch die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegekräften ausgelöst werden. Diese können anhand vorgefertigter Assessment-Instrumente nur schwer erfasst werden. Durch den Fokus auf das individuelle Erleben und die geringe Teilnehmer:innenanzahl der qualitativen Studien (zwischen 16 und 32 Teilnehmer:innen, siehe Anhang 2), ist jedoch anzumerken, dass die Ergebnisse vergleichsweise weniger auf die Gesamtheit der Angehörigen anwendbar sind. In der kritischen Bewertung der qualitativen Studien, konnten diese durch ihre transparente Darstellung der Teilnehmer:innenauswahl und Datenanalyse, mit einer hohen Qualität bewertet werden. Anzumerken ist die fehlende Validierung der Ergebnisse durch die Teilnehmer:innen in drei dieser Studien (Adams et al., 2014; Alexandersen et al., 2021; Hetland et al., 2018), die im Hinblick auf die Individualität der Aussagen von Bedeutung ist, um sicherzustellen, dass diese nicht falsch interpretiert wurden. Als weitere methodische Einschränkung ist die Rekrutierung der Teilnehmer:innen in der Studie von Leung et al. (2017) zu nennen. Es wurden Intensivpflegekräfte mit

mindestens einem Jahr Berufserfahrung rekrutiert, um sie zu ihren Erfahrungen mit Angehörigen von Intensivpatient:innen zu befragen (Leung et al., 2017). Wie im Kapitel 3.1.1. beschrieben, hat die Berufserfahrung allerdings einen hohen Einfluss auf die Selbstsicherheit der Pflegekräfte im Umgang mit Angehörigen. Die Beziehungsgestaltung aus der Perspektive von Pflegekräften mit wenig Berufserfahrung ist also eine andere und wird durch die Auswahlkriterien der Studie von Leung et al. (2017) nicht eingeschlossen.

Die einbezogenen Interventionsstudien untersuchten vordergründig das Auftreten von Angst, Depressionen und einer PTBS und zeigten damit vor allem den bedeutenden Einfluss der Pflegekräfte auf die psychische Gesundheit der Angehörigen auf. Die eingeschätzte Qualität unterscheidet sich unter den Studien. Die Qualität der Studie von Garrouste-Orgeas et al. (2016) wurde anhand der Studienbewertung vergleichsweise als niedriger eingeschätzt. Die berechnete Teilnehmer:innenanzahl, um eine Power von 80% zu ermöglichen, konnte nicht erreicht werden und es werden keine Konfidenzintervalle genannt, wodurch die Aussagekraft der Ergebnisse zu hinterfragen ist. Die Ausfallraten wurden zudem nicht transparent dargestellt. Auch die Studie von Yoo & Shim (2021) wurde aufgrund methodischer Mängel, in ihrer Qualität als niedriger eingeschätzt. Die Studie von Kentish-Barnes et al. (2022) weist hingegen nach den Kriterien von Behrens & Langer (2004), durch die transparente Darstellung der Methodik und aussagekräftigen Ergebnisse, eine hohe Qualität auf. Als Einschränkung des quantitativen Designs der Interventionsstudien, kann die weitgehend unbekannt bleibende Begründung für die unterschiedliche Wirkung der pflegerischen Handlungen, genannt werden. Die kontrollierte Interventionsstudie von Garrouste-Orgeas et al. (2016) untersuchte zum Beispiel die Wirkung einer Familienkonferenz, in der eine Pflegekraft verschiedene Informationen über die ITS, medizinischen Geräte, Zu- und Ableitungen sowie pflegerelevante Details über den Patient:innenzustand vermittelt (Garrouste-Orgeas et al., 2016). Die quantitativen Ergebnisse zeigen ein verringertes Auftreten von Angst und Depressionen bei den Angehörigen auf. Bezüglich der Zufriedenheit der Angehörigen mit der Menge und Klarheit der erhaltenen Informationen, gab es allerdings keinen Unterschied zwischen den Gruppen. Die qualitativen Ergebnisse spiegeln keine hohe Bedeutung der zusätzlichen Informationen wider, sondern vielmehr die Bedeutung der Präsenz

von zwei Personen und dabei besonders der als fürsorglich wahrgenommenen Pflegekraft. Es könnte daher vermutet werden, dass die Reduzierung von Angst und Depressionen nicht auf die vermittelten Informationen zurückzuführen ist, sondern eher auf die empfundene Unterstützung durch die Pflegekräfte. Auch wenn die Vermittlung von Informationen als eines der wichtigsten Bedürfnisse von Angehörigen gilt (Kapitel 2.4), können sich die Bedürfnisse bezüglich der Art der Informationen außerdem unterscheiden. Für einige Angehörige können zu viele Informationen überfordernd sein. Dies könnte die Ergebnisse der Interventionsstudie ebenfalls beeinflusst haben.

Unterschiede in den Bedürfnissen der Angehörigen, könnten auch die verschiedenen Auswirkungen der Teilnahme an der pflegerischen Versorgung begründen, die in der Literatur beschrieben werden. Während Angehörige in der qualitativen Befragung von Gaeeni et al. (2014) detailliert beschrieben hätten, wie sich ihre Teilnahme an pflegerischen Tätigkeiten positiv auf ihren psychischen und emotionalen Zustand auswirkt, berichtet die Korrelationsstudie von Avci et al. (2022) von fehlenden Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Angehörigen und Symptome von Angst. Durch das quantitative Design der Korrelationsstudie kann der Grund für dieses Ergebnis nicht erfasst werden. Als beeinflussende Faktoren könnten jedoch die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen vermutet werden, die sich nicht immer wünschen, an der Pflege beteiligt zu sein. Für einige Angehörige könnte die Teilnahme überfordernd sein. Der Umfang, in dem Angehörige einbezogen werden, kann außerdem von ihrem psychischen und physischen Zustand abhängig sein und somit unterschiedlich aussehen sowie unterschiedliche Auswirkungen haben (Kapitel 3.2.1). Auch Rahmenbedingungen könnten Einflussfaktoren für die Wirkung einer Teilnahme an der Pflege sein, wenn Angehörige bei Personalmangel zum Beispiel das Gefühl bekommen, diesen durch ihre Hilfe ausgleichen zu müssen.

Die Korrelationsstudien (Jo et al., 2019; Avci & Ayaz-Alkaya, 2022) wurden aufgrund der nachvollziehbaren Methodik mit einer hohen Qualität eingeschätzt. Sie stellen den direkten Zusammenhang zwischen pflegerischen Handlungen und dem psychischen Zustand der Angehörigen dar. Jedoch bleiben Fragen bezüglich der genauen Umsetzung der Handlungen und der Begründung für die Zusammenhänge, offen. Trotz ebenso nachvollziehbarer Methodik beleuchten die einbezogene Beobachtungsstudie (Hartog et al., 2015) und die systematischen

Übersichtsarbeiten (Adams et al., 2017; Zante et al., 2020; Kiwanuka et al., 2022) diese Aspekte ebenfalls wenig. Die systematischen Übersichtsarbeiten fassen die Wirkung verschiedener Interventionen zusammen, die teilweise mehrere Handlungen einbeziehen. Ohne die Sichtung der Primärquellen ist dadurch nur schwer nachvollziehbar, welche Handlungen aus welchem Grund, welche Auswirkungen zeigten. Im Gegensatz zu den Interventions- und Korrelationsstudien konnten zwei systematische Übersichtsarbeiten (Adams et al. 2017; Kiwanuka et al., 2022) durch den Einbezug verschiedener Forschungsdesigns, allerdings auch qualitative Ergebnisse darstellen und dadurch die Individualität der Auswirkungen eher veranschaulichen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ermöglichen einen Einblick in die Beziehungsgestaltung und Konsequenzen der pflegerischen Handlungen. Es ist allerdings fragwürdig, inwiefern diese Handlungen als vollständigen Inhalt der Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen zu verstehen sind. Die Ergebnisse begrenzen sich auf eine Beschreibung davon, welche Handlungen durch die Pflegekräfte ausgeführt werden und wie diese auf die Angehörigen, auf die Patient:innen oder auf sie selbst wirken können. Wann und wie die Handlungen ausgeführt werden, kann allerdings von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden. Das Verhalten, der Zustand und die Persönlichkeit der Angehörigen, beeinflussen zum Beispiel den Umfang der Teilnahme von Angehörigen an der Versorgung oder die Art von Informationen, die Pflegekräfte vermitteln (siehe Kapitel 3). Ebenso ist die Wirkung der Handlungen auf die Angehörigen individuell von ihnen und ihren Bedürfnissen abhängig. Die Beziehung wird daher nicht nur von pflegerischen Handlungen bestimmt, sondern auch Angehörige haben durch ihre Handlungen einen Anteil an der Beziehungsgestaltung, der in den Ergebnissen nicht berücksichtigt wird. Außerdem werden dadurch vordergründig die Auswirkungen der Beziehung auf die Angehörigen dargestellt, während die Perspektiven der Pflegekräfte und der Patient:innen, wenig beleuchtet werden.

Im Hinblick auf die vorliegende Fragestellung kann der Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen eine hohe Bedeutung zugeschrieben werden. Dies wird vor allem dadurch deutlich, dass die Pflegekräfte mit ihren Handlungen wichtige Bedürfnisse von Angehörigen erfüllen. Die Bedeutung der Beziehung für die Bewältigung der Situation durch die Angehörigen, die Entlastung und Zufriedenheit

der Pflegekräfte sowie die Versorgung der Patient:innen, konnte durch die vorliegende Arbeit hervorgebracht werden. Die Beantwortung der Frage wird allerdings durch die fehlende Forschung limitiert. Es wurden pflegerische Handlungen auf ihre Auswirkungen hin untersucht, wobei anhand der einbezogenen Studien, die Individualität der wechselseitigen Beziehungsgestaltung und ihre Auswirkungen, nur teilweise veranschaulicht werden konnten. Hinsichtlich der dargestellten Komplexität der Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen, kann außerdem nicht davon ausgegangen werden, dass die vorliegende Arbeit die wichtigen Aspekte der Beziehung vollständig darstellt. Durch die fehlende Definition der Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen bleibt offen, welche weiteren Aspekte wichtige Bestandteile der Beziehung sein könnten. Um ein besseres Verständnis der individuellen Beziehungsgestaltung zwischen Pflegekräften und Angehörigen zu bekommen, sollte daher weitere qualitative Forschung, unter anderem in Form von Fallarbeit, durchgeführt werden. Dabei sollten auch die Perspektiven der Pflegekräfte und der Patient:innen erforscht werden, die in der Literatur bislang nur wenig dargestellt werden. Die eng miteinander verflochtenen Beziehungen zwischen den Pflegekräften, den Angehörigen und den Patient:innen, könnten dadurch veranschaulicht werden. Es könnte anhand weiterer Forschung zudem eine Definition der Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen entwickelt werden. Die Bedeutung der Beziehung im Kontext der ITS, könnte daraufhin anhand definierender Kriterien auch von quantitativen Studien besser erforscht werden.

7. Fazit

Die vorliegende Arbeit veranschaulicht, welche Aspekte in der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegekräften und Angehörigen relevant sind und welche Bedeutung sie vordergründig für die Bewältigung der Situation auf einer ITS durch die Angehörigen haben kann. Die Ergebnisse zeigen ebenso auf, wie die Beziehung zu den Angehörigen den Zustand der Pflegekräfte und die Versorgung der Patient:innen beeinflusst. Auch wenn die Betreuung von Angehörigen als Aufgabe von Pflegekräften gesetzlich verankert ist, liegt keine Literatur vor, welche die vorliegende Fragestellung oder die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen als eigenes Konzept erforscht. Die dargestellte Bedeutung der Beziehung begrenzt sich in dieser Arbeit daher auf die Auswirkungen von

pflegerischen Handlungen in der Kommunikation mit Angehörigen. Weitere Forschung ist notwendig, um die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen als eigenes Konzept sowie ihre Bedeutung in der Versorgungssituation auf einer ITS zu verstehen. Die Ergebnisse zeigen dennoch pflegerische Handlungen auf, die in der Betreuung von Angehörigen relevant sind und diese verbessern könnten. Es wird zudem hervorgehoben, dass die Individualität der Bedürfnisse und damit der Beziehungsgestaltung nicht vernachlässigt werden sollte. Die Entwicklung von Standards und die Integration der Angehörigenbetreuung in die Stationskultur, als wesentlicher Bestandteil der Patient:innenversorgung, sind außerdem wichtige Schritte, um die Qualität und Kontinuität in der Unterstützung von Angehörigen zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis

Adams, J. A., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Tulsy, J. A., Steinhauser, K. E., & Bailey, D. E. (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. Aus *Heart & lung : the journal of critical care*, 43, 406–415. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4150813/pdf/nihms-567883.pdf> [24.04.2023]

Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit - a literature review. Aus *Nursing in critical care*, 22, 70–80. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12141> [21.04.2023]

Alexandersen, I., Haugdahl, H. S., Paulsby, T. E., Lund, S. B., Stjern, B., Eide, R., & Haugan, G. (2021). A qualitative study of long-term ICU patients' inner strength and willpower: Family and health professionals as a health-promoting resource. Aus *Journal of clinical nursing*, 30, 161–173. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15532> [25.04.2023]

Allum, L. J., Dale, C., Istanbulian, L., & Rose, L. (2022). Actionable processes of care important to patients and family who experienced a prolonged intensive care unit stay: Qualitative interview study. Aus *Journal of advanced nursing*, 78, 1089–1099. Abgerufen von: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34704627/> [17.04.2023]

Amrein, K., Burgsteiner, H., Eller, P., Hoffmann, M., Holl, A. K., & Pieber, T. R. (2018). Prioritizing information topics for relatives of critically ill patients : Cross-sectional survey among intensive care unit relatives and professionals. Aus *Wiener klinische Wochenschrift*, 130, 645–652. Abgerufen von: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6244832/pdf/508_2018_Article_1377.pdf [17.04.2023]

Amrein, K., Brauchle, M., Hoffmann, M., Jeitziner, M. M., Nydahl, P., & Schwarz, C. (2022). Angehörigenbetreuung auf Intensivstationen. Aus *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 117, 349-357. Abgerufen von: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-022-00915-7> [24.05.2023]

Au, S. S., Roze des Ordon, A. L., Amir Ali, A., Soo, A., & Stelfox, H. T. (2019). Communication with patients' families in the intensive care unit: A point prevalence study. Aus *Journal of critical care*, 54, 235–238. Abgerufen von: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31630072/> [20.05.2023]

Avcı, M., & Ayaz-Alkaya, S. (2022). Anxiety, social support and satisfaction of patients' families in intensive care units: A descriptive-correlational study. Aus *Journal of clinical nursing*, 31, 2765–2773. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.16094> [27.04.2023]

Bauer, R. (2016). *Beziehung*. Abgerufen von: [https://www.pschyrembel.de/Beziehung/T011G#:~:text=FeedbackQualität%20der%20Verbundenheit%20oder%20Distanz,oder%20vermeintlich%20nichtvorhandenem%20Austausch%20\(z.](https://www.pschyrembel.de/Beziehung/T011G#:~:text=FeedbackQualität%20der%20Verbundenheit%20oder%20Distanz,oder%20vermeintlich%20nichtvorhandenem%20Austausch%20(z.) [12.05.2023]

Beck, M., Clark, K., Mason, V., & Milner, K. A. (2016). Measuring Family Satisfaction With Care Delivered in the Intensive Care Unit. *Critical care nurse*, 36, e8–e14. Abgerufen von: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article/36/6/e8/20705/Measuring-Family-Satisfaction-With-Care-Delivered> [17.04.2023]

Bloomer, M. J., Endacott, R., Ranse, K., & Coombs, M. A. (2017). Navigating communication with families during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care: a qualitative descriptive study in Australia and New Zealand. Aus *Journal of clinical nursing*, 26, 690–697. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13585> [17.04.2023]

Büker, C. (2019). Die Pflegebeziehung – Begriff, Besonderheiten, Bedeutung. In C. Büker & J. Lademann (Hrsg.), *Beziehungsgestaltung in der Pflege*, (S.15-43). Stuttgart: Kohlhammer.

Büker, C. (2019). Pflegebeziehung mit spezifischen Zielgruppen. In C. Büker & J. Lademann (Hrsg.), *Beziehungsgestaltung in der Pflege*, (S.136-160). Stuttgart: Kohlhammer.

Büyükçoban, S., Çiçeklioğlu, M., Gökmen, N., Kilicaslan, N., Mermi Bal, Z., & Oner, O. (2021). Needs of family members of patients admitted to a university hospital critical care unit, Izmir Turkey: comparison of nurse and family perceptions. Aus *PeerJ*, 9, e11125. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>

PMC8005287/pdf/peerj-09-11125.pdf [17.04.2023]

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, & Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer. (o.J.). *Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN*. Abgerufen von: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf> [17.05.2023]

DUDEN. (2023). *Beziehung*. Abgerufen von: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Beziehung> [13.05.2023]

Eggenberger, S. K., & Sanders, M. (2016). A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. *Aus Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 29, 217–223. Abgerufen von: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1036731416300819> [20.04.2023]

Ervin, J. N. (2019). Communication expectations of critically ill patients and their families. *Aus Journal of emergency and critical care medicine (Hong Kong, China)*, 3, 1-6. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8168957/pdf/nihms-1579813.pdf> [17.04.2023]

Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns*. Göttingen: V&R unipress

Gaeeni, M., Farahani, M. A., Mohammadi, N., & Seyedfatemi, N. (2014). Sources of hope: Perception of Iranian family members of patients in the Intensive Care Unit. *Aus Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19, 635–642. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280729/pdf/IJNMR-19-635.pdf> [26.04.2023]

Garrouste-Orgeas, M., Max, A., Lerin, T., Grégoire, C., Ruckly, S., Kloeckner, M., ... Missot, B. (2016). Impact of Proactive Nurse Participation in ICU Family Conferences: A Mixed-Method Study. *Aus Critical care medicine*, 44, 1116–1128. Abgerufen von: https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2016/06000/Impact_of_Proactive_Nurse_Participation_in_ICU.13.aspx [24.04.2023]

Halain, A. A., Tang, L. Y., Chong, M. C., Ibrahim, N. A., & Abdullah, K. L. (2021). Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU)

patients: A scoping review. Aus *Journal of Clinical Nursing*, 31, 497-507. Abgerufen von: https://www.researchgate.net/publication/353217072_Psychological_distress_among_the_family_members_of_Intensive_Care_Unit_ICU_patients_A_scoping_review [24.05.2023]

Hamilton, R., Kleinpell, R., Lipman, J., & Davidson, J. E. (2020). International facilitators and barriers to family engagement in the ICU: Results of a qualitative analysis. Aus *Journal of critical care*, 58, 72–77. Abgerufen von: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944120305542?via%3Dihub> [22.04.2023]

Hartog, C. S., Schwarzkopf, D., Riedemann, N. C., Pfeifer, R., Guenther, A., Egerland, K., ... Reinhart, K. (2015). End-of-life care in the intensive care unit: a patient-based questionnaire of intensive care unit staff perception and relatives' psychological response. Aus *Palliative medicine*, 29, 336–345. Abgerufen von: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216314560007?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed [28.04.2023]

Hetland, B., Hickman, R., McAndrew, N., & Daly, B. (2017). Factors Influencing Active Family Engagement in Care Among Critical Care Nurses. Aus *AACN advanced critical care*, 28, 160–170. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5588912/pdf/nihms901735.pdf> [22.04.2023]

Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J., & Hickman, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. Aus *Intensive & critical care nursing*, 44, 67–75. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5736422/pdf/nihms902737.pdf> [20.04.2023]

Heyland, D. K., Dodek, P., Mehta, S., Cook, D., Garland, A., Stelfox, H. T., ... Canadian Critical Care Trials Group and Canadian Researchers at End of Life Network (CARENET) (2015). Admission of the very elderly to the intensive care unit: family members' perspectives on clinical decision-making from a multicenter cohort study. Aus *Palliative medicine*, 29, 324–335. Aufgerufen von: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216314566060?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed [17.04.2023]

Hönig, K. & Gündel, H. (2016). Angehörige auf der Intensivstation. Aus *Der Nervenarzt*, 87, 269-275. Abgerufen von: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00115-016-0069-1.pdf> [24.05.2023]

ICUsteps. (2011). *Die Zeit der Intensivstation: Ein Leitfaden für Patienten und Angehörige*. Abgerufen von: https://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/Die-Zeit-der-Intensivstation-_A5_Web.aktuell.pdf [24.05.2023]

Jin, J., Son, Y. J., Tate, J. A., & Choi, J. (2022). Challenges and Learning Needs of Nurse-Patients' Family Communication: Focus Group Interviews With Intensive Care Unit Nurses in South Korea. Aus *Evaluation & the health professions*, 45, 411–419. Abgerufen von: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9630962/pdf/10.1177_01632787221076911.pdf [21.04.2023]

Jo, M., Song, M. K., Knafelz, G. J., Beeber, L., Yoo, Y. S., & Van Riper, M. (2019). Family-clinician communication in the ICU and its relationship to psychological distress of family members: A cross-sectional study. Aus *International journal of nursing studies*, 95, 34–39. Abgerufen von: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748919300884?via%3Dihub> [27.04.2023]

Kalocsai, C., Amaral, A., Piquette, D., Walter, G., Dev, S. P., Taylor, P., ... Conn, L. G. (2018). "It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients. Aus *BMC health services research*, 18, 1-9. Abgerufen von: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6038351/pdf/12913_2018_Article_3341.pdf [20.04.2023]

Kean, S. & Mitchell, M. (2014). How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. Aus *Journal of clinical nursing*, 23, 663–672. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12195> [22.04.2023]

Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Valade, S., Jaber, S., Kerhuel, L., Guisset, O., ... Azoulay, E. (2022). A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomised trial. Aus *Lancet*, 399, 656–664. Abgerufen von: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02176-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02176-0/fulltext) [26.04.2023]

- Kiwanuka, F., Sak-Dankosky, N., Alemayehu, Y. H., Nanyonga, R. C., & Kvist, T. (2022). The evidence base of nurse-led family interventions for improving family outcomes in adult critical care settings: A mixed method systematic review. *Aus International journal of nursing studies*, *125*, 1-13. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8560087/pdf/main.pdf> [27.04.2023]
- Koch, S., Liamputtong, P., Rawson, H., & Wong, P. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Aus Intensive & critical care nursing*, *31*, 51–63. Abgerufen von: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339714000627?via%3Dihub> [17.04.2023]
- Lademann, J. (2019). Theoretische Grundlagen von Kommunikation und Interaktion. In C. Büker & J. Lademann (Hrsg.), *Beziehungsgestaltung in der Pflege*, (S.75-106). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lamiani, G., Ciconali, M., Argentero, P., & Vegni, E. (2020). Clinicians' moral distress and family satisfaction in the intensive care unit. *Aus Journal of health psychology*, *25*, 1894–1904. Abgerufen von: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105318781935?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed [22.04.2023]
- Larsen, R. (2016). *Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege* (9. Auflage). Abgerufen von: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-50444-4>
- Leung, D., Blastorah, M., Nusdorfer, L., Jeffs, A., Jung, J., Howell, D., ... Rose, L. (2017). Nursing patients with chronic critical illness and their families: a qualitative study. *Aus Nursing in critical care*, *22*, 229–237. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12154> [21.04.2023]
- Mackie, B. R., Marshall, A., & Mitchell, M. (2018). Acute care nurses' views on family participation and collaboration in fundamental care. *Aus Journal of clinical nursing*, *27*, 2346–2359. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14185> [20.04.2023]
- Mackie, B. R., Marshall, A. P., & Mitchell, M. L. (2021). Exploring family participation in patient care on acute care wards: A mixed-methods study. *Aus International journal of nursing practice*, *27*, 1-11. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/>

doi/10.1111/ijn.12881 [20.04.2023]

Maier, J., Naef, R., Fröhlich, M. R., & Steudter, E. (2019). Kommunikationserleben von Angehörigen auf der Intensivstation. Aus *Pflegewissenschaft*, 21, 435-443. Abgerufen von: https://www.researchgate.net/publication/337363705_Informieren_allein_genugt_nicht_-_Kommunikationserleben_von_Angehörigen_auf_der_Intensivstation [24.05.2023]

Manias, E., Braaf, S., Rixon, S., Williams, A., Liew, D., & Blackburn, A. (2019). Communicating with patients, families and health professionals about managing medications in intensive care: A qualitative observational study. Aus *Intensive & critical care nursing*, 54, 15–22. Abgerufen von: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31155314/> [20.05.2023]

McConnell, B., & Moroney, T. (2015). Involving relatives in ICU patient care: critical care nursing challenges. Aus *Journal of clinical nursing*, 24, 991–998. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12755> [22.04.2023]

Medical Event & Publisher Services GmbH. (2016). *Die Intensivstation: Ein Wegbegleiter für Angehörige*. Abgerufen von: <https://www.bda.de/docman/1398-broschuere-die-intensivstation-2016.html> [24.05.2023]

National Institute for Health and Care Excellence. (2012). *Appendix G Quality checklist – quantitative studies reporting correlations and associations*. Abgerufen von: https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/appendix-g-quality-appraisal-checklist-quantitative-studies-reporting-correlations-and#ftn.footnote_15 [23.05.2023]

Peplau, H. E. (1995). *Interpersonale Beziehungen in der Pflege*. Basel: RECOM.

Pflegeberufegesetz (PflBG) idF vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2581) zuletzt geändert durch Artikel 9a des Gesetztes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754).

Price, A. M., McAndrew, N. S., Thaqi, Q., Kirk, M., Brysiewicz, P., Eggenberger, S., & Naef, R. (2022). Factors influencing critical care nurses' family engagement practices: An international perspective. Aus *Nursing in critical care*, 1-14. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12824> [20.04.2023]

Reinberger, M., Bouchard, R., Muhl, E., Nau, C., & Hüppe, M. (2020). Belastungen für Patienten auf der Intensivstation. Aus *Der Anaesthetist*, 69, 555-564. Abgerufen von: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-020-00798-3> [24.05.2023]

Schniering, S. (2021). *Sorge und Sorgekonflikte in der ambulanten Pflege*. Baden-Baden: Nomos.

Strafgesetzbuch (StGB) idF vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322) zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 4. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2146)

STROBE. (2023). *STROBE Checklists*. Abgerufen von: <https://www.strobe-statement.org/checklists/> [24.05.2023]

Universitätsklinikum Halle (Saale). (o.J.). *EBN-Zentrum*. Abgerufen von: <https://www.medizin.uni-halle.de/einrichtungen/institute/gesundheits-und-pflegewissenschaften/leistungsspektrum/wissenswertes/ebn-zentrum#c35217> [24.05.2023]

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2007). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Hans Huber.

Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. Aus *PloS one*, 15, 1-15. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7347110/pdf/pone.0235694.pdf> [21.04.2023]

Yoo, H. J., & Shim, J. (2021). The Effect of a Multifaceted Family Participation Program in an Adult Cardiovascular Surgery ICU. Aus *Critical care medicine*, 49, 38–48. Abgerufen von: https://journals.lww.com/ccmjournals/Abstract/2021/01000/The_Effect_of_a_Multifaceted_Family_Participation.5.aspx [27.04.2023]

Zante, B., Camenisch, S. A., & Schefold, J. C. (2020). Interventions in Post-Intensive Care Syndrome-Family: A Systematic Literature Review. Aus *Critical care medicine*, 48, e835-e840. Abgerufen von: https://journals.lww.com/ccmjournals/Abstract/2020/09000/Interventions_in_Post_Intensive_Care.39.aspx [26.04.2023]

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Mindmap Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen.....	III
Anhang 2: Tabellarische Studienübersicht.....	IV
Anhang 3: Kritische Studienbewertungen	X

Anhang 1: Mindmap Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen



Anhang 2: Tabellarische Studienübersicht

Studie	Studiendesign und Datenerhebung	Forschungsziel	Ergebnisse
	Interventionsstudien		
A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomized trial (Kentish-Barnes et al., 2022)	Design: Cluster-randomisierte Studie Datenerhebung: Telefoninterviews zur Ermittlung von: Trauer, Erfahrung, Qualität des Sterbeprozesses, PTBS, Zufriedenheit mit Kommunikation, Angst, Depressionen und Störungen im Alltag bei Angehörigen Teilnehmer:innen: 688 Angehörige aus 34 ITS in Frankreich	Wirkung einer Intervention von Ärzt:innen und Pflegekräften zur Unterstützung der Angehörigen im Sterbeprozess ermitteln Intervention: Familienkonferenz vor und nach dem Sterbeprozess zur Kommunikation von Informationen und Fragen, während des Sterbeprozesses informelle Kommunikation von Fragen und Gefühlen	Trauer und Depressionen in der Interventionsgruppe geringer Erfahrung der Angehörigen, Qualität des Sterbeprozesses und Zufriedenheit der Angehörigen besser in der Interventionsgruppe Geringerer Anteil von Angehörigen mit hohem Risiko für PTBS in der Interventionsgruppe
Impact of proactive nurse participation in ICU family conferences: a mixed-method study (Garrouste-Orgeas et al., 2016)	Design: Mixed-methods parallelgruppen-randomisierte Studie Datenerhebung: Quantitative Fragebögen zur Ermittlung von PTBS, Angst und Depressionen bei Angehörigen und qualitative Interviews Teilnehmer:innen: 86 Angehörige aus einer ITS in Frankreich	Wirkung einer Familienkonferenz mit aktiver Beteiligung einer Pflegekraft im Vergleich zu einer ohne Pflegekraft Intervention: Pflegekraft vermittelt in der Familienkonferenz Informationen zur ITS, zu medizinischen Geräten, Zu- und Ableitungen und zum Zustand des:der Patient:in mit pflegebezogenen Details	Quantitativ: Angst und Depressionen in der Interventionsgruppe geringer PTBS sowie Zufriedenheit mit Menge und Klarheit der Informationen zeigen keinen Unterschied zwischen den Gruppen Qualitativ: Sicherheit empfunden durch positive Zusammenarbeit im Team und zweifache Vermittlung von Informationen Informationen aus pflegerischer Perspektive wurden geschätzt Pflegekraft verringert Angst als fürsorgliche und familiennahe Person
The effect of a multifaceted family participation program in an adult cardiovascular surgery ICU (Yoo & Shim, 2021)	Design: Quasi-experimentelle kontrollierte Studie mit Prä- und Posttest Datenerhebung: Quantitative Fragebögen zur Ermittlung von Zufriedenheit mit ITS und Angst bei Angehörigen Teilnehmer:innen: 56 Angehörige aus einer ITS in Südkorea	Wirkung einer Intervention zur Teilnahme der Angehörigen an der Versorgung Intervention: Intensivtagebuch, verbesserte Kommunikation mit dem Team und Teilnahme der Angehörigen an der Patient:innenpflege	Zufriedenheit mit ITS, Pflege und Informationsvermittlung in der Interventionsgruppe stärker gestiegen Angst stärker gesunken in der Interventionsgruppe Zufriedenheit mit Entscheidungsprozessen zeigte keinen Unterschied zwischen den Gruppen
	Qualitative Studien		

<p>Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying (Adams et al., 2014)</p>	<p>Design: prospektiv, deskriptiv Datenerhebung: Beobachtung der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Angehörigen und qualitative Interviews Teilnehmer:innen: 32 Angehörige aus zwei ITS in den USA</p>	<p>Herausfinden, wie Kommunikationsstrategien von Pflegekräften auf Angehörige von Patient:innen mit einem hohen Sterberisiko wirken</p>	<p>Handlung: Empathie, Fürsorge; präsent, freundlich, erreichbar sein; Angehörige wertschätzen, anregen, von sich selbst und Patient:in zu erzählen; Augenkontakt; physische Nähe; Small Talk; Humor; professionelles, ruhiges und selbstbewusstes Auftreten; Respekt Wirkung: Angehörige fühlen sich unterstützt und haben Vertrauen zu den Pflegekräften, fühlen sich mit ihnen verbunden, können nachts ohne Sorgen die ITS verlassen und sich besser ausruhen</p> <p>Handlung: Ehrlichkeit, Empathie und Freundlichkeit in der Vermittlung von belastenden Informationen Wirkung: Vertrauen, Gefühl informiert und vorbereitet auf zukünftige Ereignisse zu sein</p> <p>Handlung: Desinteresse; Vermeidung von Augenkontakt; Rücken zukehren; sich nicht vorstellen; verurteilendes, negatives, respektloses Verhalten; nicht oder nur vage auf Fragen antworten; Antworten erraten; falsche Informationen Wirkung: Angehörigen fällt es schwer, unbesorgt nach Hause zu gehen und das Familienmitglied allein zu lassen, wenig Vertrauen, Unsicherheit, Angst Fragen zu stellen, Wut, geringe Zufriedenheit</p>
<p>A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses (Hetland et al., 2018)</p>	<p>Design: qualitative Inhaltsanalyse einer mixed-methods Studie von Hetland et al. (2017) Datenerhebung: elektronische quantitative und qualitative Befragung (Hetland et al., 2017) Teilnehmer:innen: 374 Pflegekräfte in den USA</p>	<p>Herausfinden, wie Pflegekräfte Angehörige in die pflegerische Versorgung einbeziehen</p>	<p>Wenn Angehörige an der pflegerischen Versorgung teilnehmen: sind Patient:innen ruhiger und können besser schlafen; haben Pflegekräfte mehr Zeit, sich komplexen Aufgaben zu widmen und dadurch weniger Stress</p>
<p>Sources of hope: perception of Iranian family members of patients in the intensive care unit (Gaeeni et al., 2014)</p>	<p>Design: qualitativ Datenerhebung: qualitative Interviews Teilnehmer:innen: 19 Angehörige aus ITS von drei Krankenhäusern im Iran</p>	<p>Faktoren ermitteln, die Angehörige dabei unterstützen, hoffnungsvoll zu bleiben</p>	<p>Handlung: Empathische und ehrliche Kommunikation Wirkung: Hoffnung aufrechterhalten, Vertrauen aufbauen</p>

			<p>Handlung: Teilnahme an der Pflege Wirkung: Weniger Angst, mehr Hoffnung, Verbesserung mentaler und emotionaler Zustand, Sicherheit, erhöhtes Verständnis der Versorgungssituation</p> <p>Handlung: Falsche Hoffnungen oder vollständiges Nehmen von Hoffnung Wirkung: Verlust von Sicherheit, Verzweiflung</p>
A qualitative study of long-term ICU patients' inner strength and willpower: family and health professionals as a health-promoting resource (Alexandersen et al., 2021)	<p>Design: hermeneutisch-phänomenologisch Datenerhebung: qualitative Interviews Teilnehmer:innen: 17 Patient:innen, die schon einmal aus einer ITS versorgt wurden</p>	Herausfinden, welche Wirkung die Präsenz von Angehörigen und Gesundheitsmitarbeitern auf die Willenskraft und innere Stärke der Patient:innen in Bezug auf ihre Genesung hat	<p>Angehörige konnten Kommunikation mit tracheotomierten Patient:innen erleichtern, weil diese sie besser kannten</p> <p>Unzufriedenheit: Pflegerkräfte sind distanziert und begrüßen Angehörige nicht</p>
Nursing patients with chronic critical illness and their families: a qualitative study (Leung et al., 2017)	<p>Design: interpretativ-phänomenologisch Datenerhebung: qualitative Befragung Teilnehmer:innen: 16 Pflegekräfte aus ITS in einem Krankenhaus in Kanada</p>	Erfahrung von Pflegekräften mit Patient:innen und deren Angehörigen auf der ITS erforschen	<p>Wenn Informationsvermittlung nicht erfolgreich war und Patient:in verstorben ist, obwohl Angehörige es anders erwartet hatten, kam es zu Wut und Schuldzuweisungen dem Team gegenüber</p> <p>Pflegekräften fällt es einfacher, über palliative Versorgung zu sprechen und Patient:in einen würdevollen Tod zu ermöglichen, wenn eine vertrauensvolle Beziehung zu den Angehörigen besteht</p>
Systematische Übersichtsarbeiten			
Interventions in post-intensive care syndrome – family: a systematic literature review (Zante et al., 2020)	<p>Datenerhebung: PubMed, EMBASE, PsycINFO, CINAHL und Handsuche Elf RTCs einbezogen</p>	Wirkung von Interventionen zur Prävention, Behandlung oder Reduzierung eines bestehenden „post-intensive care syndrome – family“ bei Angehörigen	<p>Handlung: Broschüren; Familienkonferenzen; verbesserte Kommunikation mit dem Team Wirkung: keine</p> <p>Handlung: Proaktive EOL-Konferenzen nach bestimmten Richtlinien Wirkung: (nach Versterben des:der Patient:in) Verringerung von Depressionen, PTBS und Angst</p>

			<p>Handlung: Strukturierte Familienkonferenz nach Richtlinien</p> <p>Wirkung: Verringerung von leichten Angst Symptomen</p> <p>Handlung: Familienkonferenz mit Palliativ-Team und Postkarten des Teams, um Beileid auszudrücken bei Versterben des:der Patient:in</p> <p>Wirkung: Erhöhung der Symptome von PTBS und Depressionen</p>
<p>The evidence base of nurse-led family interventions for improving family outcomes in adult critical care settings: a mixed method systematic review (Kiwauka et al., 2022)</p>	<p>Datenerhebung: PubMed, Scopus, Cumulative Index to Nursing, CINAHL, Cochrane Library und Handsuche</p> <p>15 Studien einbezogen, gemischte Studiendesigns</p>	<p>Wirkung von Interventionen zur Unterstützung von Familien auf das Familien-Outcome</p>	<p>Handlung: Interventionen zur verbesserten Aufklärung/Information</p> <p>Wirkung: Verbesserung von empfundener Unterstützung; erhöhte Zufriedenheit mit Pflege und Angst</p> <p>Handlung: Unterstützung der Bedürfnisse</p> <p>Wirkung: Verbesserte Akzeptanz von Verantwortung</p> <p>Handlung: Familienkonferenzen</p> <p>Wirkung: Verbesserte Fähigkeit Entscheidungen zu treffen; erhöhte Zufriedenheit mit Pflege und Kommunikation</p> <p>Handlung: Unterstützung im Entscheidungsprozess</p> <p>Wirkung: Verbesserung Selbstsicherheit und Kommunikation; weniger Konflikte zwischen Team und Angehörige bei Entscheidungen</p> <p>Handlung: Interventionen, die mehrere Bereiche verbesserten</p> <p>Wirkung: Verbesserte Akzeptanz von Verantwortung; Zufriedenheit mit Kommunikation; Verständnis von Untersuchungen, Versorgung und Patient:innenzustand; Achtung der Bedürfnisse von Angehörigen</p>

			<p>Handlung: Emotionale Unterstützung Wirkung: Leichte Verbesserung der Kommunikation und empfundenen patient:innenorientierte Pflege</p> <p>Handlung: Familienübergabe Wirkung: Keine Auswirkungen</p>
Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review (Adams et al., 2017)	<p>Datenerhebung: Medline, CINAHL, PsycINFO, JBI, PubMed, Cochrane Library, Scopus, ProQuest und Handsuche 17 Studien einbezogen, gemischte Studiendesigns</p>	<p>Verstehen, wie Pflegekräfte ihre Rolle in der Kommunikation mit Angehörigen wahrnehmen sowie fördernde und hinderliche Faktoren für die Kommunikation und Strategien zur Kompetenzverbesserung identifizieren</p>	<p>Handlung: Kommunikation mit Angehörigen Wirkung: Pflegekräfte bekommen positives Feedback, Vertrauen und Anerkennung von den Angehörigen; fühlen sich selbstbewusst, zufrieden mit sich selbst und ihrer Arbeit und weniger ängstlich</p> <p>Handlung: Distanzierung Wirkung: Unzulänglichkeit; erhöhter Stress; hemmende Verhaltensweisen</p>
	Beobachtungsstudie		
End-of-life-care in the intensive care unit: a patient-based questionnaire of intensive care unit staff perception and relatives' psychological response (Hartog et al., 2015)	<p>Design: prospektive Beobachtungsstudie Datenerhebung: schriftliche Befragung Teilnehmer:innen: 610 Gesundheitsmitarbeiter:innen und 84 Angehörige aus vier ITS in Deutschland</p>	<p>Kommunikation in der palliativen Versorgung erfassen und Zusammenhang zum psychischen Zustand der Angehörigen herstellen</p>	<p>Geringe Zufriedenheit der Angehörigen mit der Kommunikation und Pflege hängt mit Symptomen von Angst zusammen</p>
	Korrelationsstudien		
Family-clinician communication in the ICU and its relationship to psychological distress of family members: a cross-sectional study (Jo et al., 2019)	<p>Design: deskriptive, korrelationale Querschnittsstudie Datenerhebung: schriftliche Befragung Teilnehmer:innen: 71 Angehörige aus zehn ITS in Korea</p>	<p>Kommunikationsqualität der Angehörigen mit Ärzt:innen und Pflegekräften erfassen und Beziehung zu Angst, Depressionen und PTBS der Angehörigen erforschen</p>	<p>Kommunikationsqualität hat einen leichten Einfluss auf Depressionen Hat keinen Einfluss auf Angst und PTBS</p>
Anxiety, social support and satisfaction of patients' families in intensive care units: a descriptive-correlational study (Avci & Ayaz-Alkaya, 2022)	<p>Design: deskriptive Korrelationsstudie Datenerhebung: schriftliche Befragung Teilnehmer:innen: 250 Angehörige aus sechs ITS in der Türkei</p>	<p>Zufriedenheit mit ITS, Pflege Informationen und Entscheidungsprozess, empfundene soziale Unterstützung, Einbezug in Patient:innenpflege und Symptome von Angst ermitteln sowie deren Beziehungen zueinander</p>	<p>Handlung: Einbezug in der Pflege Wirkung: Keine Auswirkungen auf soziale Unterstützung, Symptome von Angst und Zufriedenheit mit ITS</p> <p>Niedrige Zufriedenheit mit Pflege, Entscheidungsprozessen und Informationsvermittlung hängt mit Symptomen von Angst zusammen</p>

Anhang 3: Kritische Studienbewertungen

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Impact of proactive nurse participation in ICU family conferences: a mixed-method study (Garrouste-Orgeas et al., 2016)

Ziel: Herausfinden welche Wirkung die Teilnahme einer Pflegekraft an der Familienkonferenz

Forschungsfrage: auf die Angehörigen hat

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Randomisierung? wie?</i> Auswahl der passenden Patient:innen und Angehörigen nach Kriterien; Randomisierung mit Zuteilung der Angehörigen anhand von versiegelten Umschlägen
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?</i> 86 von 100 angefragten Angehörigen haben teilgenommen, keine Begründung angegeben
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wie eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> Nein, Verblindung aufgrund der Kommunikation als Intervention nur schwer möglich
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?</i> Ja: keine signifikanten Unterschiede
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen haben?</i> Ja
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i> Ja
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Power?</i> Nein: Stichprobengröße wurde für eine Power von 80% berechnet, konnte aber durch die Ausfallrate nicht erreicht werden
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Needed-To-Treat?</i> Keine Angabe
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i> Unterschiedlich, p-Wert nicht immer <0,05
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i> Keine Angabe

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Ja
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i> Keine Angabe

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

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: The effect of a multifaceted family participation program in an adult cardiovascular surgery ICU (Yoo & Shim, 2021)

Ziel: Herausfinden, welche Wirkung eine Intervention zur Teilnahme von Angehörigen an der Versorgung, auf die Zufriedenheit und auf Symptome von Angst von Angehörigen hat

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Randomisierung? wie?</i> Rekrutierung auf einer ITS nach Kriterien, keine Angabe zur Zuteilung in die Gruppen
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Warden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?</i> 56 von 60 Teilnehmer:innen bis zum Ende teilgenommen, Kontakt verloren beim Follow-Up
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nicht: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> Verblindung durch Kommunikation als Intervention nur schwer möglich
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?</i> Ja: keine signifikanten Unterschiede
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i> Ja
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselt kein Teilnehmer die Gruppe?</i> Ja
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Power?</i> Ja, 80%
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Needed-To-Treat?</i> Keine Angabe
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i> Bis auf ein Ergebnis $p < 0.05$
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i> Keine Angabe

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Ja
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i> Keine Angabe

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

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomised trial (Kentish-Barnes et al., 2022)
 Ziel: Herausfinden, ob eine proaktive Intervention zur Kommunikation und Unterstützung das Outcome der Angehörigen verbessern kann
 Forschungsfrage: Angehörigen verbessern kann

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Randomisierung/ wer?</i> 36 Intensivstationen angefragt. Bei Patient:innen, medizinische Maßnahmen abgebrochen oder nicht durchgeführt, wurden, wurde der:die Angehörige:r, der am meisten Kontakt mit dem Team hatte, in die Studie einbezogen. Stratifizierte Randomisierung der Intensivstationen (Rekrutierungsphasen und Teilnahme an anderen Studien derselben Forschungsgruppe) erfolgte durch außenstehenden Statistiker.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls/ Follow-up > 80%?</i> 379 von 484 angefragten Angehörigen in der Interventionsgruppe, 309 von 391 in der Kontrollgruppe - knapp 80% an allen 3 Follow-Ups (1 Monat, 3 Monate, 6 Monate) teilgenommen, Ausfallraten begründet
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> Nein: Verblindung aufgrund der Kommunikation als Intervention nur schwer möglich
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf/ Keine signifikanten Unterschiede</i> Ja: keine Signifikanten Unterschiede
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben!</i> Ja
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wohnte kein Teilnehmer die Gruppe?</i> Ja
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Power?</i> Ja, Power von 90%
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion/ Number-Needed-To-Treat?</i> Keine Angabe
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i> Nach 6 Monaten alle Ergebnisse signifikant ($p < 0.05$)
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i> Konfidenzintervall 95%

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja, Angehörige von Patient:innen auf der Intensivstation
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen/ Compliance?</i> Ja
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i> Keine Angabe

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

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Nursing Strategies to Support Family Members of ICU Patients at High Risk of Dying (Adams et al., 2014)

Ziel: herausfinden, welche Kommunikationsstrategien Pflegekräfte nutzen und wie diese auf Angehörige von Patient:innen mit einem hohen Sterberisiko wirken

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | <i>Forschungsgeheimnis in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i>
Ja |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | <i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>
prospektiv, deskriptiv, keine Begründung |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | <i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i>
Nein |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | <i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>
Ja, Stationsärzt:innen wurden gebeten, Patient:innen auszuwählen, bei denen es wahrscheinlich war, dass es zum Tod kommt oder, dass wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? | <i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>
Teilnehmer:innen umfassend beschrieben, keine Angaben zu den Forscher:innen |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | <i>Methode der Datensammlung?</i>
Ja: Beobachtung der Interaktion zwischen Pflegekräften und Angehörigen und qualitative Interviews mit den Angehörigen |
| 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? | <i>Codes, Matrix, Themen? Verschiedene Herangehensweise?</i>
Qualitative Inhaltsanalyse mit Coding und Kategorisierung der verschiedenen Themen |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | <i>Wenn nein: warum nicht?</i>
Keine Angabe |

Aussagekraft

- | | |
|---|---|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | <i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i>
Ja |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | <i>Konstanz im Forschungsraum? Validierung durch Teilnehmert?</i>
Keine Angabe |

Anwendbarkeit

- | | |
|--|---|
| 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? | Ja: immer aus Perspektive der Angehörigen beschrieben und wörtliche Zitate dargestellt |
| 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? | Erkennbar, wie die Handlungen der Pflegekräfte auf die Angehörigen gewirkt haben - Ableitung von effektiven und weniger förderlichen Kommunikationsstrategien zur Verbesserung der Kommunikation mit Angehörigen |

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

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: A qualitative study of long-term ICU patients' inner strength and willpower: Family and health professionals as a health-promoting resource (Alexandersen et al., 2021)
 Ziel: Herausfinden, inwiefern Gesundheitsmitarbeiter:innen und Angehörige die Willenskraft der Patient:innen bezüglich ihrer Genesung beeinflussen

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Ja
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> hermeneutisch-phänomenologisch, um die Bedeutung der Erfahrungen hervorzuheben
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Nein
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Ja, Auswahl von 30 Patient:innen nach bestimmten Kriterien
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Ja
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Ja, qualitative Interviews
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Versteckende Hermeneutik</i> Diskussion der Ergebnisse unter Einfluss der Theorie der Willenskraft (nach Henden, 2008; Holton 2003) und der Theorie der Salutogenese (nach Antonovsky, 1996), Identifizierung von Themen und deren Bedeutungen
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Ja
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Konsens im Forscherteam

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Ableitung von pflegerischen Handlungen, die die Willenskraft und innere Stärke der Patient:innen zu unterstützen, mitunter durch den Einbezug der Angehörigen

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

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Sources of hope: Perception of Iranian family members of patients in the intensive Care Unit (Gaeeni et al., 2014)

Forschungsfrage: Ziel: Herausfinden, welche Ressourcen Angehörige in der Aufrechterhaltung von Hoffnung unterstützen

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Ja
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Keine Angabe
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Nein
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> gezielte Auswahl von Angehörigen auf einer ITS: Familienangehöriger mit guter Beziehung zum: zur Patient:in, älter als 18 Jahre, Iranische Nationalität, Wunsch zur Teilnahme
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Teilnehmer:innen beschrieben, keine Angabe zu den Forscher:innen
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Ja: Semi-strukturierte Interviews
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Vorstehende Hermeneutik?</i> qualitative Inhaltsanalyse, Herausarbeiten von Mustern, Codierung, Identifikation von Kategorien und Subkategorien
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Ja
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Ja: Konsens im Team und Validierung durch Teilnehmer:innen

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Handlungen von Pflegekräften identifizieren, die den Angehörigen Hoffnung ermöglicht haben, um Kommunikation zu verbessern

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

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: *A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses* (Hetland et al., 2018)
 Ziel: Herausfinden, welche Strategien Pflegekräfte haben, um Angehörige in die pflegerischen Tätigkeiten einzubeziehen
 Forschungsfrage: einzubeziehen

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | <i>Forschungsprozess in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i>
Ja |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | <i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>
Es handelt sich um eine qualitative Inhaltsanalyse einer mixed methods Befragung von Hetland et al. (2017) |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | <i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i>
Nein (Hetland et al., 2017) |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | <i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>
Anfrage von Intensivpflegekräften über die Social Media Plattformen der American Association of Critical-Care-Nurses (AACN) |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? | <i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>
Teilnehmer:innen wurden umfassend beschrieben, keine Angabe zu den Forscher:innen (Hetland et al., 2017) |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | <i>Methode der Datensammlung?</i>
Datensammlung anhand einer elektronischen Befragung (Hetland et al., 2017) |
| 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? | <i>Codes, Matrix, Themen? Verwendete Hermeneutik</i>
Codierung, Identifikation und Sortierung von Kategorien und Subkategorien bis zur Reduzierung auf wenige Themen |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | <i>Wenn nein: warum nicht?</i>
Keine Angabe |

Aussagekraft

- | | |
|---|---|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | <i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i>
Ja |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | <i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>
Zwei Forscher:innen führten die Inhaltsanalyse unabhängig voneinander nach derselben Methode durch, danach Konsensbildung
Keine Bestätigung der Ergebnisse durch die Teilnehmer:innen |

Anwendbarkeit

- | | |
|--|---|
| 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? | Ja, detaillierter Einblick in die Perspektive der Pflegekräfte bezüglich der Teilnahme von Angehörigen |
| 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? | Strategien zum Einbezug von Angehörigen in die Pflege können abgeleitet werden, Bedeutung der Teilnahme wird verdeutlicht |

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

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Nursing patients with chronic critical illness and their families: a qualitative study (Leung et al., 2017)
 Ziel: Herausfinden welche Erfahrungen Pflegekräfte im Umgang von Angehörigen von Patienten mit CCI

Forschungsfrage: gemacht haben

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Ja
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Interpretative Phänomenologie nach Thorne (2008)
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Nein
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Rekrutierung von Intensivpflegekräften aus einem Krankenhaus mit mind. 1 Jahr Arbeitserfahrung, Pflege von Patient:innen mit CCI im letzten Jahr und Teil- oder Vollzeitstelle
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Nein
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Ja: semi-strukturierte Interviews
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Matrix, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Coding, interpretative Beschreibung, Konsensbildung, Ausarbeitung von Themen und Analyse von Zusammenhängen
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zusatz?</i> Ja
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Ja, Konsens und Bestätigung durch befragte Pflegekräfte

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Bedeutung und Inhalt sowie Auswirkungen der Kommunikation im Kontext der Pflege am Ende des Lebens

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

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle: Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review (Adams et al., 2015)

Ziel: Herausfinden, wie Pflegekräfte die Kommunikation mit Angehörigen auf der ITS erleichtern, welche Barrieren sie dabei wahrnehmen und welche Strategien sie haben, um ihre Fähigkeiten zu verbessern

Forschungsfrage: ..

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	<i>Klar formuliert? Genau eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i> Ja
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?	<i>Welche Kriterien? Welche Studiendesign?</i> Ja, Suche wurde eingegrenzt auf Zeitraum zwischen 2002 und 2014, Setting der Intensivstation, Kommunikation als Thema, Perspektive von Pflegenden und hohe Qualität nach der Checkliste von Hawker et al. (2002)
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?	<i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten?</i> Suche in Datenbanken: Medline, CINAHL, PsycINFO, JBI, PubMed, Cochrane Library, Scopus und PorQuest Zusätzlich Handsuche in den Literaturverzeichnissen der einbezogenen Studien
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	<i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i> Einschätzung anhand der Kriterien von Hawker et al. (2002), Shenton (2004) und Schneider et al. (2008)
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	<i>Quellen angegeben?</i> Quellen angegeben und Beurteilung der Studien transparent dargestellt
6. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?	<i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung (κ)?</i> Keine Angabe
7. Waren die Studien ähnlich?	<i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest (χ²)?</i> Quantitative, qualitative und mixed methods Studien einbezogen, Studien mit gleichem Design sind sich ähnlich

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?	<i>Odds ratio? Relative Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> gemischte Studiendesigns, daher keine statistische Analyse
9. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i> siehe 8.

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja, Setting der Intensivstation, Untersuchung der Kommunikation zwischen Pflegenden und Angehörigen
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Ja
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> Keine Angabe

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

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle: Interventions in Post-Intensive Care Syndrome-Family: A Systematic Literature Review (Zante et al., 2020)

Forschungsfrage: Ziel: Herausfinden, welche Wirkung Interventionen auf ein PICS-F haben können

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	<i>Klar formuliert? Genau eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i> Ja
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?	<i>Welche Kriterien? Welche Studienauswahl?</i> Ja, RTCs einbezogen, welche die Behandlung, Prävention oder Reduktion von den Symptomen einer PICS-F (Angst, Depressionen, PTBS) thematisieren
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?	<i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten?</i> Systematische Suche in PubMed, EMBASE, PsycINFO und CINAHL. Zusätzlich Handsuche durchgeführt.
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	<i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i> Qualität der Studien eingeschätzt anhand der "Quality Assessment Tool for Quantitative Studies" (zu den Kriterien gehören: selection bias, study design, codounders, blinding, data collection, withdrawals and dropouts und global rating)
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	<i>Quellen angegeben?</i> Quellen angegeben
6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?	<i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung (κ)?</i> Ja: zwei Forscher:innen, kein Grad der Übereinstimmung berechnet
7. Waren die Studien ähnlich?	<i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenität (χ²)?</i> Sehr unterschiedliche Interventionen, Population bei den meisten Studien ähnlich, nur RTCs

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?	<i>Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> Keine Angabe
9. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervall? Studien gewichtet?</i> Keine Angabe

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja, Angehörige von Patient:innen auf der Intensivstation - es wird erkenntlich, wie die Interventionen sich auf Symptome von Angst, Depressionen und PTBS auswirken
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Ja
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> Keine Angabe

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

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

The evidence base of nurse-led family interventions for improving family outcomes in adult critical care settings: A
 Quelle: mixed method systematic review (Kiwanuka et al., 2022)
 Ziel: Herausfinden, welche pflegerischen Interventionen im Umgang mit Angehörigen auf der ITS durchgeführt werden
 Forschungsfrage: und inwiefern diese das Familien-Outcome beeinflussen

Glaubwürdigkeit

- | | |
|---|--|
| 1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? | <i>Klar formuliert? Genau eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i>
Ja |
| 2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? | <i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?</i>
RCTs, quasi-experimentelle, prospektive und qualitative Studien einbezogen; Kriterien: Setting der ITS, Auswirkungen von Interventionen die von Pflegekräften durchgeführt werden, auf die Angehörigen |
| 3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? | <i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten?</i>
Suche in PubMed, Scopus, Cumulative Index to Nursing, CINAHL, Cochrane Library. Zusätzlich Handsuche |
| 4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? | <i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i>
Ja, anhand der Checklisten des Joanna Briggs Institute (JBI) |
| 5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? | <i>Quellen angegeben?</i>
Ja |
| 6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? | <i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung (κ)?</i>
Ja: zwei Forscher:innen, kein Grad der Übereinstimmung berechnet |
| 7. Waren die Studien ähnlich? | <i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest (χ²)?</i>
Nein, mixed methods, daher verschiedene Designs und z.B. unterschiedliche Teilnehmeranzahl - auch innerhalb derselben Designs, waren Studien unterschiedlich |

Aussagekraft

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 8. Was sind die Ergebnisse? | <i>Odds ratio? Relative Risiko? Mittelwert-Differenz?</i>
Durch Einbezug verschiedener Studiendesigns keine statistische Analyse |
| 9. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i>
siehe 8. |

Anwendbarkeit

- | | |
|---|---|
| 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>
Ja, gleiche Einschlusskriterien in der Studienauswahl |
| 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>
Ja |
| 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i>
Keine Angabe |

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

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation	
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	✓ ✓
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	✓
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	✓
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	✓
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	✓
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	✓
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	✓
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	✓
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	✓
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	X
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	✓
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses	✓/X ✓ X ✓

Continued on next page

Results

Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	✓
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	✓
		(c) Consider use of a flow diagram	✓
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	✓
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	✓
		(c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time	
		<i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	
		<i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures	✓
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	✓/✗
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	✗
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	✓
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	✓
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	✓
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	✓
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	✓
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	✓

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Checklist items are worded so that 1 of 5 responses is possible:

++	Indicates that for that particular aspect of study design, the study has been designed or conducted in such a way as to minimise the risk of bias.
+	Indicates that either the answer to the checklist question is not clear from the way the study is reported, or that the study may not have addressed all potential sources of bias for that particular aspect of study design.
-	Should be reserved for those aspects of the study design in which significant sources of bias may persist.
Not reported (NR)	Should be reserved for those aspects in which the study under review fails to report how they have (or might have) been considered.
Not applicable (NA)	Should be reserved for those study design aspects that are not applicable given the study design under review (for example, allocation concealment would not be applicable for case-control studies).

In addition, the reviewer is requested to complete in detail the comments section of the quality appraisal form so that the grade awarded for each study aspect is as transparent as possible.

Each study is then awarded an overall study quality grading for internal validity (IV) and a separate one for external validity (EV):

- ++ All or most of the checklist criteria have been fulfilled, where they have not been fulfilled the conclusions are very unlikely to alter.
- + Some of the checklist criteria have been fulfilled, where they have not been fulfilled, or not adequately described, the conclusions are unlikely to alter.
- - Few or no checklist criteria have been fulfilled and the conclusions are likely or very likely to alter.

Checklist [Anxiety, social support and satisfaction of patients' families in intensive care units: A descriptive-correlational study \(Avci & Ayaz-Alkaya, 2022\)](#)

Study identification: Include full citation details	
Study design: descriptive-correlational <ul style="list-style-type: none"> • Refer to the glossary of study designs (appendix D) and the algorithm for classifying experimental and observational study designs (appendix E) to best describe the paper's underpinning study design 	

Section 1: Population		
<p>1.1 Is the source population or source area well described?</p> <ul style="list-style-type: none"> Was the country (e.g. developed or non-developed, type of health care system), setting (primary schools, community centres etc), location (urban, rural), population demographics etc adequately described? 	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>NR</p> <p>NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>1.2 Is the eligible population or area representative of the source population or area?</p> <ul style="list-style-type: none"> Was the recruitment of individuals, clusters or areas well defined (e.g. advertisement, birth register)? Was the eligible population representative of the source? Were important groups underrepresented? 	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>NR</p> <p>NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>1.3 Do the selected participants or areas represent the eligible population or area?</p> <ul style="list-style-type: none"> Was the method of selection of participants from the eligible population well described? What % of selected individuals or clusters agreed to participate? Were there any sources of bias? 	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>NR</p> <p>NA</p>	<p>Comments:</p> <p>88%</p>

Section 2: Method of selection of exposure (or comparison) group		
<p>2.1 Selection of exposure (and comparison) group. How was selection bias minimised?</p> <ul style="list-style-type: none"> How was selection bias minimised? 	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>NR</p> <p>NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>2.2 Was the selection of explanatory variables based on a sound theoretical basis?</p> <ul style="list-style-type: none"> How sound was the theoretical basis for selecting the explanatory variables? 	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>NR</p> <p>NA</p>	<p>Comments:</p>

<p>2.3 Was the contamination acceptably low?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Did any in the comparison group receive the exposure? • If so, was it sufficient to cause important bias? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>2.4 How well were likely confounding factors identified and controlled?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were there likely to be other confounding factors not considered or appropriately adjusted for? • Was this sufficient to cause important bias? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>2.5 Is the setting applicable to the UK DE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Did the setting differ significantly from the UK? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>

<p>Section 3: Outcomes</p>		
<p>3.1 Were the outcome measures and procedures reliable?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were outcome measures subjective or objective (e.g. biochemically validated nicotine levels ++ vs self-reported smoking -)? • How reliable were outcome measures (e.g. inter- or intra-rater reliability scores)? • Was there any indication that measures had been validated (e.g. validated against a gold standard measure or assessed for content validity)? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments: Umfrage anhand von Assessment-Instrumenten Keine Validierung der Ergebnisse</p>
<p>3.2 Were the outcome measurements complete?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were all or most of the study participants who met the defined study outcome definitions likely to have been identified? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>

<p>3.3 Were all the important outcomes assessed?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were all the important benefits and harms assessed? • Was it possible to determine the overall balance of benefits and harms of the intervention versus comparison? 	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>NR</p> <p>NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>3.4 Was there a similar follow-up time in exposure and comparison groups?</p> <ul style="list-style-type: none"> • If groups are followed for different lengths of time, then more events are likely to occur in the group followed-up for longer distorting the comparison. • Analyses can be adjusted to allow for differences in length of follow-up (e.g. using person-years). 	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>NR</p> <p>NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>3.5 Was follow-up time meaningful?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was follow-up long enough to assess long-term benefits and harms? • Was it too long, e.g. participants lost to follow-up? 	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>NR</p> <p>NA</p>	<p>Comments:</p>

<p>Section 4: Analyses</p>		
<p>4.1 Was the study sufficiently powered to detect an intervention effect (if one exists)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • A power of 0.8 (i.e. it is likely to see an effect of a given size if one exists, 80% of the time) is the conventionally accepted standard. • Is a power calculation presented? If not, what is the expected effect size? Is the sample size adequate? 	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>NR</p> <p>NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>4.2 Were multiple explanatory variables considered in the analyses?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were there sufficient explanatory variables considered in the analysis? 	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>NR</p> <p>NA</p>	<p>Comments:</p>

<p>4.3 Were the analytical methods appropriate?</p> <ul style="list-style-type: none"> Were important differences in follow-up time and likely confounders adjusted for? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>4.6 Was the precision of association given or calculable? Is association meaningful?</p> <ul style="list-style-type: none"> Were confidence intervals or p values for effect estimates given or possible to calculate? Were CIs wide or were they sufficiently precise to aid decision-making? If precision is lacking, is this because the study is under-powered? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>

<p>Section 5: Summary</p>		
<p>5.1 Are the study results internally valid (i.e. unbiased)?</p> <ul style="list-style-type: none"> How well did the study minimise sources of bias (i.e. adjusting for potential confounders)? Were there significant flaws in the study design? 	<p>++ + -</p>	<p>Comments:</p>
<p>5.2 Are the findings generalisable to the source population (i.e. externally valid)?</p> <ul style="list-style-type: none"> Are there sufficient details given about the study to determine if the findings are generalisable to the source population? Consider: participants, interventions and comparisons, outcomes, resource and policy implications. 	<p>++ + -</p>	<p>Comments: Nur ein KH</p>

[15] Appraisal form derived from: Jackson R, Ameratunga S, Broad J et al. (2006) The GATE frame: critical appraisal with pictures. Evidence Based Medicine 11: 35-8.

[16] Available from CPHE on request.

<p>Study design: deskriptive, korrelationale Querschnittsstudie</p> <ul style="list-style-type: none"> Refer to the glossary of study designs (appendix D) and the algorithm for classifying experimental and observational study designs (appendix E) to best describe the paper's underpinning study design 	
<p>Guidance topic:</p>	
<p>Assessed by:</p>	
<p>Section 1: Population</p>	
<p>1.1 Is the source population or source area well described?</p> <ul style="list-style-type: none"> Was the country (e.g. developed or non-developed, type of health care system), setting (primary schools, community centres etc), location (urban, rural), population demographics etc adequately described? 	<p>++ Comments:</p> <p>+ - NR NA</p>
<p>1.2 Is the eligible population or area representative of the source population or area?</p> <ul style="list-style-type: none"> Was the recruitment of individuals, clusters or areas well defined (e.g. advertisement, birth register)? Was the eligible population representative of the source? Were important groups underrepresented? 	<p>++ Comments:</p> <p>+ - NR NA</p>
<p>1.3 Do the selected participants or areas represent the eligible population or area?</p> <ul style="list-style-type: none"> Was the method of selection of participants from the eligible population well described? What % of selected individuals or clusters agreed to participate? Were there any sources of bias? Were the inclusion or exclusion criteria explicit and appropriate? 	<p>++ Comments:</p> <p>+ 40% der angefragten Angehörigen haben teilgenommen, häufigster Grund für Ablehnung: Überforderung</p> <p>- NR NA</p>
<p>Section 2: Method of selection of exposure (or comparison) group</p>	

<p>2.1 Selection of exposure (and comparison) group. How was selection bias minimised?</p> <ul style="list-style-type: none"> • How was selection bias minimised? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>2.2 Was the selection of explanatory variables based on a sound theoretical basis?</p> <ul style="list-style-type: none"> • How sound was the theoretical basis for selecting the explanatory variables? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>2.3 Was the contamination acceptably low?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Did any in the comparison group receive the exposure? • If so, was it sufficient to cause important bias? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>2.4 How well were likely confounding factors identified and controlled?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were there likely to be other confounding factors not considered or appropriately adjusted for? • Was this sufficient to cause important bias? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>2.5 Is the setting applicable to the UK? DE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Did the setting differ significantly from the UK? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>Section 3: Outcomes</p>		

<p>3.1 Were the outcome measures and procedures reliable?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were outcome measures subjective or objective (e.g. biochemically validated nicotine levels ++ vs self-reported smoking -)? • How reliable were outcome measures (e.g. inter- or intra-rater reliability scores)? • Was there any indication that measures had been validated (e.g. validated against a gold standard measure or assessed for content validity)? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>3.2 Were the outcome measurements complete?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were all or most of the study participants who met the defined study outcome definitions likely to have been identified? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>3.3 Were all the important outcomes assessed?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were all the important benefits and harms assessed? • Was it possible to determine the overall balance of benefits and harms of the intervention versus comparison? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>3.4 Was there a similar follow-up time in exposure and comparison groups?</p> <ul style="list-style-type: none"> • If groups are followed for different lengths of time, then more events are likely to occur in the group followed-up for longer distorting the comparison. • Analyses can be adjusted to allow for differences in length of follow-up (e.g. using person-years). 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>

<p>3.5 Was follow-up time meaningful?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was follow-up long enough to assess long-term benefits and harms? • Was it too long, e.g. participants lost to follow-up? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>Section 4: Analyses</p>		
<p>4.1 Was the study sufficiently powered to detect an intervention effect (if one exists)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • A power of 0.8 (i.e. it is likely to see an effect of a given size if one exists, 80% of the time) is the conventionally accepted standard. • Is a power calculation presented? If not, what is the expected effect size? Is the sample size adequate? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>4.2 Were multiple explanatory variables considered in the analyses?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were there sufficient explanatory variables considered in the analysis? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>4.3 Were the analytical methods appropriate?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were important differences in follow-up time and likely confounders adjusted for? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>
<p>4.6 Was the precision of association given or calculable? Is association meaningful?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals or p values for effect estimates given or possible to calculate? • Were CIs wide or were they sufficiently precise to aid decision-making? If precision is lacking, is this because the study is under-powered? 	<p>++ + - NR NA</p>	<p>Comments:</p>

Section 5: Summary		
<p>5.1 Are the study results internally valid (i.e. unbiased)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • How well did the study minimise sources of bias (i.e. adjusting for potential confounders)? • Were there significant flaws in the study design? 	<p>++ + -</p>	<p>Comments:</p>
<p>5.2 Are the findings generalisable to the source population (i.e. externally valid)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Are there sufficient details given about the study to determine if the findings are generalisable to the source population? • Consider: participants, interventions and comparisons, outcomes, resource and policy implications. 	<p>++ + -</p>	<p>Comments:</p> <p>Generalisierbarkeit eingeschränkt durch kleine Teilnehmer: innen-anzahl</p>

^[13] Appraisal form derived from: Jackson R, Ameratunga S, Broad J et al. (2006) The GATE frame: critical appraisal with pictures. Evidence Based Medicine 11: 35–8.

^[14] Available from CPHE on request.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 02.06.2023

Ort, Datum

