

**Masterarbeit**

**Wissen, Einstellungen und Verhalten von Pflege-  
personen zu Aggression von BewohnerInnen mit  
Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen:  
Eine systematische Literaturübersicht**

eingereicht von

**Katharina Maria Neubauer, BSc**

Geb.Dat.: 12. Dezember 1985

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**(MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von Betreuerin

**Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Christa Lohrmann**


Graz, am 06. Februar 2013



## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 06. Februar 2013

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that is difficult to decipher but appears to be a personal name.

# **In jede hohe Freude mischt sich eine Empfindung der Dankbarkeit**

(Marie von Ebner-Eschenbach)

Ich möchte mich bei meiner Familie, David, Teresa, den Mädls vom Forschungszweig, Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Christa Lohrmann und all jenen bedanken, die mich auf meinem Weg durch das Studium begleitet haben.

# Inhaltsverzeichnis

Glossar .....	VI
Abkürzungsverzeichnis .....	VIII
Abbildungsverzeichnis .....	IX
Tabellenverzeichnis .....	X
Zusammenfassung .....	XI
Abstract .....	XII
Einleitung.....	1
1.1 Demenz .....	2
1.2 Aggression .....	7
1.3 Wissen, Einstellungen und Verhalten .....	12
1.4 Bedeutung der Literaturübersicht .....	17
1.5 Ziel der Literaturübersicht .....	18
Methode .....	19
2.1 Ein- und Ausschlusskriterien .....	21
2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche .....	22
2.3 Bewertung der eingeschlossenen Artikel .....	25
2.4. Extraktion und Synthese der Ergebnisse .....	26
Ergebnisse .....	27
3.1 Wissen der Pflegepersonen zu Aggression .....	27
3.2 Einstellungen der Pflegepersonen zu Aggression .....	34
3.3 Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression .....	40
3.4 Methodologische Qualität der Studien .....	47
Diskussion .....	49
4.1 Wissen zu Aggression .....	50
4.2 Einstellungen zu Aggression .....	51
4.3 Verhalten bei Aggression .....	54
4.4 Einbettung im theoretischen Rahmen .....	58

4.5	Limitationen .....	61
4.6	Implikationen für Praxis und Forschung .....	61
	Literaturverzeichnis .....	XIV
	Anhang 1: Literaturrecherche in den Datenbanken und Suchmaschinen .....	- 1 -
	Anhang 2: Kritische Bewertungen der Studien .....	- 6 -
	Anhang 3: Zusammenfassung der Qualitätsbewertung der Studien .....	- 40 -

## Glossar

**Agitiertheit:** psychomotorische Unruhe, bei der affektive Erregung unkontrolliert in Bewegung umgesetzt wird (z.B. Zittern, Gefühl des Getriebenseins) (Walter de Gruyter GmbH 2012).

**Assessment:** zumeist standardisierte und dokumentierte Einschätzung und Beurteilung der HeimbewohnerInnen auf Grundlage der Daten, welche durch Kommunizieren, Beobachten, Sammeln und Prüfen von Information nach standardisierter Vorgehensweise gewonnen werden (Walter de Gruyter GmbH 2012).

**Bias:** irgendein Einfluss, der die Ergebnisse einer Studie verzerrt und die Gültigkeit dieser einschränkt (Polit & Beck 2012).

**Chi-Quadrat ( $\chi^2$ ) – Test:** ein nichtparametrischer statistischer Signifikanztest, um die Beziehung zwischen nominal-skalierten Variablen festzustellen. Dabei werden die beobachteten Häufigkeiten mit den erwarteten Häufigkeiten verglichen (Polit & Beck 2012).

**Inzidenz:** Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Krankheit innerhalb eines bestimmten Zeitraums (Walter de Gruyter GmbH 2012).

**Konfidenzintervall (CI):** der statistische Vertrauensbereich eines unbekanntes Parameters. Das 95%-Konfidenzintervall gibt einen Bereich an, in welchem das wahre Ergebnis mit einer 95%-igen Wahrscheinlichkeit liegt (Walter de Gruyter GmbH 2012).

**Medical Subject Headings (MESH):** Schlagwörter, die von Datenbanken zum Indexieren verwendet werden. Die Schlagwörter helfen AutorInnen bzw. bei der Recherche Schlüsselbegriffe zu identifizieren (Polit & Beck 2012).

**Median:** Zentralwert, der bei aufsteigender Sortierung der Messwerte die Messreihe halbiert. 50% der Messwerte liegen unter- bzw. oberhalb des Medians (Walter de Gruyter GmbH 2012).

**Mittelwert:** eine statistische Kenngröße zur Lage einer Messreihe. Die Berechnung erfolgt durch den Quotienten aus der Summe aller Messwerte und ihrer Anzahl (Walter de Gruyter GmbH 2012).

**Odds Ratio (OR):** das Verhältnis zwischen der Wahrscheinlichkeit des Auftretens und des Nichtauftretens eines Vorkommnisses. Das Risiko für das Auftreten ist unter einer Situation im Vergleich zu einer anderen Situation bei  $OR < 1$  verringert, bei  $OR > 1$  erhöht und bei  $OR = 1$  gleich hoch (Walter de Gruyter GmbH 2012).

**Prävalenz:** beschreibt die Häufigkeit der Erkrankungsfälle in einer bestimmten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums (Walter de Gruyter GmbH 2012).

**Prävalenzrate:** Anzahl der Erkrankten bzw. Häufigkeiten eines Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt im Verhältnis zur Anzahl der untersuchten Personen (Walter de Gruyter GmbH 2012).

**p-Wert (p):** gibt bei statistischen Tests die Wahrscheinlichkeit an, mit welcher ein Ergebnis auf dem Zufall beruht (Polit & Beck 2012).

**Querschnittstudie:** ein Studiendesign, bei dem die Daten zu einem Zeitpunkt erhoben werden (Polit & Beck 2012).

**Setting:** die Örtlichkeit bzw. die Gegebenheit, bei der die Datensammlung einer Studie stattfindet (Polit & Beck 2012).

**Standardabweichung (SD):** das Streuungsmaß einer Stichprobe bzw. einer Wahrscheinlichkeitsverteilung (Walter de Gruyter GmbH 2012).

**Stichprobengröße (n):** die Anzahl der Personen, die an einer Studie teilnehmen (Polit & Beck 2012).

**Systematische Literaturübersicht:** eine rigorose Synthese der Forschungsergebnisse zu einer bestimmten Forschungsfrage. Dabei wird ein systematisches Vorgehen angewendet und protokolliert (Polit & Beck 2012).

**Randomisierte kontrollierte Studie (RCT):** ein experimentelles Studiendesign zur Testung einer neuen Intervention. Per Zufall werden die TeilnehmerInnen einer Interventionsgruppe (Behandlungsgruppe) oder Kontrollgruppe (Nicht-Behandlungsgruppe) zugeteilt (Polit & Beck 2012).

## Abkürzungsverzeichnis

ADI	Alzheimer's Disease International
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
bzw.	beziehungsweise
CDSR	Cochrane Database of Systematic Reviews
CI	Confidence Interval (Konfidenzintervall)
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
d.h.	das heißt
Embase	Excerpta Medica Database
etc.	et cetera (und so weiter)
et al.	et alii (und andere)
EU	Europäische Union
f.	folgende
ff.	folgende (Plural)
GeroLIT	Gerontologische Literatur
ICD	International Classification of Diseases
IPA	International Psychogeriatric Association
k.A.	keine Angabe(n)
MESH	Medical Subject Headings
MW	Mittelwert
n	Stichprobengröße
NAO	National Audit Office
OR	Odds Ratio (Chancenverhältnis)
p	p-Wert
SD	Standardabweichung
RCT	Randomized Controlled Trial (Randomisierte kontrollierte Studie)
usw.	und so weiter
WHO	World Health Organization
$\chi^2$ -Test	Chi-Quadrat Test
z.B.	zum Beispiel
%	Prozent

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Theorie des geplanten Verhaltens .....	14
Abbildung 2: Theorie des geplanten Verhaltens der Pflegepersonen .....	16
Abbildung 3: Englische Suchbegriffe der Literaturrecherche .....	19
Abbildung 4: Deutsche Suchbegriffe der Literaturrecherche .....	20
Abbildung 5: Flussdiagramm der Literaturrecherche .....	23
Abbildung 6: Geplantes Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression .....	58

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiele für Aggressionsformen von BewohnerInnen .....	8
Tabelle 2: Eingeschlossene Artikel der systematischen Literaturübersicht .....	29

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Die Zahl der an Demenz erkrankten Personen wird aufgrund des demographischen Wandels in Österreich zukünftig zunehmen. Im Krankheitsverlauf von Demenz können Betroffene Verhaltensstörungen wie Aggression entwickeln, welche häufig zu einer Aufnahme in Langzeitpflegeeinrichtungen führt. Aggression von BewohnerInnen mit Demenz stellt daher eine Herausforderung für Pflegepersonen dar. Wissen, Einstellungen und Verhalten der Pflegepersonen können einen Einfluss auf das aggressive Verhalten von BewohnerInnen mit Demenz nehmen. Das Ziel der systematischen Literaturübersicht ist es, Wissen, Einstellungen und Verhalten von Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen zu beschreiben.

**Methode:** Die systematische Literaturrecherche wurde in Datenbanken und Suchmaschinen durchgeführt und umfasste eine Handsuche in Referenzlisten. Die Ein- und Ausschlusskriterien bezogen sich auf die Population, das Setting und die Messergebnisse der Studien. 19 Artikel wurden nach einer kritischen Beurteilung der Studienqualität eingeschlossen.

**Ergebnisse:** Pflegepersonen drücken einen Wissensmangel und das Bedürfnis nach mehr Wissen aus. Ambivalente Einstellungen weisen Pflegepersonen zu Häufigkeit, Ursachen, Wahrnehmung und Pflegebereitschaft zu aggressivem Verhalten bei BewohnerInnen mit Demenz auf. Die Einstellungen werden von Alter, Ausbildung, Arbeitserfahrung und Arbeitszufriedenheit beeinflusst. Pflegepersonen reagieren auf aggressives Verhalten mit körperlichen und medikamentösen freiheitseinschränkenden Maßnahmen, Ignorieren und Isolieren der BewohnerInnen, informellen Besprechungen mit KollegInnen, aber auch mit verhaltens- und personenbezogenen Maßnahmen. Aggression löst bei Pflegepersonen Gefühle wie Verzweiflung, Kraftlosigkeit, Angst und emotionale Erschöpfung aus.

**Diskussion:** Wissen, Einstellungen und Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz stehen in einem engen Zusammenhang zueinander. Interventionen sollen nicht nur das aggressive Verhalten von BewohnerInnen vorbeugen, sondern auch das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Pflegepersonen positiv stärken.

## Abstract

**Introduction:** In Austria, the number of people with dementia will increase due to future demographic changes. In the course of the disease people with dementia can develop behavioral symptoms such as aggression and this often leads to nursing home admission. Aggressive behavior of residents with dementia is a challenge for nurses. Knowledge, attitudes and behavior of nurses can have an influence on aggressive behavior in residents with dementia. The aim of this systematic literature review is to describe knowledge, attitudes and behavior of nurses to aggressive behavior of residents with dementia in nursing homes.

**Method:** A systematic literature search was conducted in databases and search engines and included a manual search of reference lists. The inclusion and exclusion criteria were based on study population, setting and study results. 19 studies were included after a critical assessment of study quality.

**Results:** Nurses express a lack of knowledge and the need for more knowledge. They have ambivalent attitudes regarding the frequency, causes, awareness and willingness to care for demented people with aggressive behavior. Nurses' attitudes are influenced by age, education, work experience and job satisfaction. Nurses respond to aggressive behavior with physical and pharmacological restraints, ignoring and isolating the residents, informal discussions with colleagues, but also with behavioral and person-centered interventions. Aggressive behavior triggers feelings such as distress, weakness, anxiety and emotional exhaustion in affected nurses.

**Discussion:** Knowledge, attitudes and behavior of nurses to aggressive behavior of residents with dementia are closely linked to each other. Interventions will not only prevent the aggressive behavior of residents, but also strengthen the knowledge, attitudes and behavior of nurses in a positive way.

**„Nichts kann den Menschen mehr stärken  
als das Vertrauen, das man ihm entgegenbringt.“**

(Paul Claudel)

## Einleitung

Weltweit wurde im Jahr 2010 die Zahl der über 65-Jährigen Menschen auf 524 Millionen geschätzt. Es wird erwartet, dass diese Zahl bis zum Jahr 2050 beinahe auf 1.5 Milliarden Menschen steigt. Infolgedessen ist mit einem Anstieg der chronischen Erkrankungen, wie z.B. Demenz, zu rechnen (WHO 2011).

Das Risiko an Demenz zu erkranken steigt mit dem Alter an (ebenda.). Die Prävalenz liegt bei 70- bis 74-jährigen Personen bei ungefähr 4%, bei 75- bis 79-Jährigen ist diese bereits auf 6-7% gestiegen. Im Alter von 80 bis 84 Jahren ergeben sich Prävalenzen von 13%, für 85- bis 89-Jährige 22%. Bei Personen im Alter von 90 Jahren oder älter sind Prävalenzen von 32 bis 40% angegeben (Tölle et al. 2011).

Mehr als 36 Millionen Menschen leben derzeit weltweit mit der Erkrankung Demenz. Schätzungen dem World Alzheimer Report 2011 zufolge wird sich die Zahl der Betroffenen bis zum Jahre 2050 beinahe auf 150 Millionen erhöhen (Prince, Bryce & Ferri 2011).

In den 27 EU-Mitgliedstaaten litten im Jahr 2006 7.3 Millionen EuropäerInnen (12.5 Erkrankte je 1000 EinwohnerInnen) an verschiedenen Formen von Demenz. Aktuellen Prognosen zufolge wird sich die Zahl der Erkrankten alle 20 Jahre verdoppeln (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2009).

In Österreich waren im Jahr 2000 circa 90500 Personen von Demenz betroffen. Prognosen auf Grundlage von demographischen Daten zeigen, dass sich diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf 233800 erkrankte Personen erhöhen wird (Alf et al. 2006). Österreichweit wurden alleine im Jahr 2011 14681 Menschen mit der Hauptdiagnose Demenz bzw. Alzheimer-Krankheit aus Akutkrankenanstalten entlassen. Davon waren 97% der Personen über 65 Jahre alt (Statistik Austria 2012).

Das folgende Kapitel widmet sich der Definition von Demenz, um die Erkrankung verständlich zu machen.

## 1.1 Demenz

### 1.1.1 Definition von Demenz

Demenz wird nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-German Modification Version 2013) folgendermaßen definiert:

*„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“* (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2012).

Die Alzheimer-Krankheit ist mit einer Häufigkeit von 60 bis 80% die häufigste Demenzform. Danach folgen die vaskuläre Demenz mit einer Häufigkeit von 10 bis 25% und die Lewy-Körperchen-Demenz mit einer Häufigkeit von 7 bis 25%. Weitere Demenzformen treten selten auf und machen einen Anteil von maximal 10% aus (Jellinger 2007). Nach ICD-10-German Modification Version 2012 wird die Alzheimer-Krankheit wie folgt definiert:

*„Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren.“* (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2012).

## 1.1.2 Diagnostik der Demenz

Zur Diagnostik der Demenz bzw. Alzheimer-Krankheit, stellte die WHO 1993 die G1-G4 Kriterien (F00-F03) auf. Diese werden nun folgend dargelegt.

**G1:** Nachweise folgender Bedingungen müssen gegeben sein:

- a) Ein Rückgang des Gedächtnisses, welcher insbesondere beim Lernen von neuen Informationen besteht, ist erkennbar. In schweren Fällen kann auch das Abrufen von zuvor gelernten Informationen betroffen sein. Der Schweregrad des Rückgangs kann folgendermaßen beurteilt werden:
  - Leicht: eigenständige Durchführung der täglichen Aktivitäten ist eingeschränkt, z.B. wissen Personen nicht, wo sie Gegenstände hingelegt haben.
  - Mäßig: ein selbstbestimmtes Leben ist schwer eingeschränkt, z.B. erinnern sich Personen nicht mehr, was sie zuvor getan haben.
  - Schwer: eine vollständige Unfähigkeit neue Informationen zu behalten, z.B. erkennen Erkrankte verwandte Personen nicht mehr (ebenda.).
- b) Ein Rückgang anderer kognitiver Fähigkeiten ist zu erkennen. Diese sind durch reduzierte Urteilsfähigkeit, Informationsverarbeitung und vermindertes Denkvermögen geprägt.
  - Leicht: eingeschränkte Leistungsfähigkeit im täglichen Leben, z.B. Freizeitaktivitäten können von den Betroffenen nicht durchgeführt werden.
  - Mäßig: das tägliche Leben ist ohne Fremdhilfe nicht möglich, z.B. wird von den Betroffenen Hilfe beim Einkaufen oder im Umgang mit Geld benötigt.
  - Schwer: Suizidgedanken, welche verständlich wären, fehlen fast oder zur Gänze.

Die Schwere der Demenz (leicht, mäßig, schwer) wird bei jenem Bereich von G1 festgelegt, in welchem der höhere Schweregrad (Rückgang des Gedächtnisses oder Rückgang anderer kognitiver Fähigkeiten) erreicht wird (ebenda.).

**G2:** Das Bewusstsein für die Umwelt (d.h. keine Bewusstseinstrübung) muss so lange erhalten bleiben, bis eindeutig die Bedingungen von G1 nachgewiesen werden. Bei gleichzeitigem Bestehen von Phasen im Delirium sollte die Diagnose Demenz aufgeschoben werden (ebenda.).

**G3:** Ein Rückgang der emotionalen Kontrolle, Motivation oder eine Veränderung im Sozialverhalten manifestiert sich. Dieser zeigt sich in mindestens einer der folgenden

Eigenschaften: emotionale Labilität, Reizbarkeit, Teilnahmslosigkeit oder Vergröberung des sozialen Verhaltens (ebenda.).

**G4:** Für eine sichere klinische Diagnose müssen die Bedingungen von G1 mindestens sechs Monate vorhanden sein (WHO 1993).

### 1.1.3 Kosten der Demenz

Die weltweiten Gesamtkosten der Erkrankung Demenz betragen im Jahr 2010 ungefähr 460 Milliarden Euro. Dies entspricht 1% des internationalen Bruttoinlandsproduktes. Davon fielen 42% der Summe für soziale Versorgung aus, welche professionelle Pflege in Langzeitpflegeeinrichtungen beinhaltete (Wimo & Prince 2010).

Im EU 27-Raum lagen die gesamten Kosten der Demenzerkrankung im Jahr 2008 bei insgesamt 160.3 Milliarden Euro. Für eine Person mit Demenz in der EU betragen die gesamten Kosten 22000 Euro pro Jahr (Wimo et al. 2011). Die Kosten der Erkrankung Demenz in der Langzeitpflege in 15 europäischen Ländern (EU-15) ergab eine Summe von insgesamt 48.56 Millionen Euro (Luengo-Fernandez, Leal & Gray 2011).

In Österreich wurden im Jahr 2004 für die Versorgung der Personen mit Demenz Gesamtkosten von 1.1 Milliarden Euro berechnet (Wancata, Sobocki & Katschnig 2007). Im Jahr 2007 betragen die totalen Kosten 3.7 Milliarden Euro. Davon betragen die Ausgaben für Langzeitpflegeeinrichtungen insgesamt 925 Millionen Euro (Luengo-Fernandez, Leal & Gray 2011).

Somit wird Demenz wachsende Kosten für LangzeitpflegeanbieterInnen verursachen (WHO 2011). Demenzerkrankungen führen in ihrem Krankheitsverlauf häufig zu einer Pflegebedürftigkeit und infolgedessen zu einer Aufnahme der Betroffenen in eine Langzeitpflegeeinrichtung (Gilley et al. 2004; Wancata et al. 2003). Eine Studie zeigt, dass die Prävalenzrate von BewohnerInnen mit Demenz von 39 bis 87% in Pflegeheimen in Europa reicht (Wancata et al. 2003).

Eine Erhebung im Jahr 2009 in sechs österreichischen Langzeitpflegeeinrichtungen ergab, dass 58% der BewohnerInnen an Demenz erkrankt waren (Lohrmann 2009). Im Jahr 2010 ergab die Prävalenzerhebung, dass 59% der BewohnerInnen von 18 Langzeitpflegeeinrichtungen die Diagnose Demenz hatten (Lohrmann 2010). Im darauffolgenden Jahr betrug die Prävalenzrate der BewohnerInnen mit Demenz in neun österreichischen Langzeitpflegeeinrichtungen 61.7% (Lohrmann & Schönherr 2012).

Zu den Aufnahmegründen in Langzeitpflegeeinrichtungen zählen unter anderem die Symptome, welche sich im Krankheitsverlauf der Demenz manifestieren (Weissenberger-Leduc & Weiberger 2011). Diese werden im nachkommenden Kapitel erklärt.

#### 1.1.4 Symptomatik der Demenz

Die Symptome der Demenz werden in die folgenden drei Gruppen unterteilt: somatische Störungen, kognitive Störungen sowie Stimmungs- und Verhaltensstörungen. Diese werden folgend näher erläutert.

Unter dem Begriff somatische Störungen fallen die Symptome Appetitlosigkeit, Mangelernährung, Inkontinenz und Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes (Weissenberger-Leduc & Weiberger 2011).

Die kognitiven Störungen zeigen sich zu Beginn der Demenzerkrankung durch eine schlechte Konzentrationsfähigkeit und herabgesetzte Leistungsfähigkeit. Zusätzlich treten eine verminderte Urteilsfähigkeit, eine zeitliche und örtliche Desorientiertheit, Wortfindungsstörungen etc. auf. Im weiteren Krankheitsverlauf steigern sich die kognitiven Störungen bis hin zur Inhaltsleere, Unfähigkeit Dinge präzise zu nennen, Sprachlosigkeit, Bewegungsstörungen und Unfähigkeit Objekte bzw. Personen wahrzunehmen (ebenda.).

Später im Krankheitsverlauf treten zusätzlich Stimmungs- und Verhaltensstörungen auf. Diese werden im Englischen mit dem Begriff *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD) zusammengefasst. Der Begriff BPSD wird von der International Psychogeriatric Association (IPA 2002) wie folgt definiert:

*„Symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behavior that frequently occur in patients with dementia.“* (IPA 2002, p.5). (Symptome zu Wahrnehmungsstörung, gedanklichem Inhalt, Stimmung und Verhalten, welche häufig bei Personen mit Demenz auftreten [Übersetzung durch Autorin]).

Erst 80 Jahre nach der Entdeckung der Alzheimer-Krankheit hat sich die Forschung den Stimmungs- und Verhaltensstörungen gewidmet, welche bei circa 80 bis 90% der Betroffenen auftreten. Vor allem diese Störungen führen zu psychischen Belastungen der Angehörigen und sind der Grund von Aufnahmen der Betroffenen in Langzeitpflegeeinrichtungen, wo diese dann weiter betreut werden (Weissenberger-Leduc & Weiberger 2011).

BPSD können auf verschiedene Arten gruppiert werden. Eine Methode ist es, diese in verhaltensbezogene und psychologische Symptome einzuteilen. Zu den verhaltensbezogenen Symptomen zählen körperliche Aggression, Schreien, Unruhe, Agitiertheit, Umherirren, sozial unangemessene Verhaltensweisen, sexuelle Enthemmung und Geschimpfe. Diese Symptome werden in der Regel durch Beobachtung der Person mit Demenz identifiziert. Psychologische Symptome werden üblicherweise durch Interviews mit den Betroffenen selbst und deren Angehörigen beurteilt. Darunter fallen die Symptome Angstzustände, depressive Stimmung, Halluzinationen, Wahnvorstellungen bis hin zur Psychose (IPA 2002).

Um die Bedeutung des aggressiven Verhaltens bei Personen mit Demenz verständlich zu machen, widmet sich das folgende Kapitel der Aggression.

## 1.2 Aggression

### 1.2.1 Definitionen und Arten der Aggression

Aggression wird in der Literatur oft als Synonym zu Gewalt verwendet. Unter dem Begriff Gewalt wird jedoch oft eine schwerere körperliche Form der Aggression gemeint, die mit einem ungleichen Machtverhältnis einhergeht (Galtung 1993).

In der Literatur gibt es zahlreiche Definitionen, die Aggression beschreiben. Eine häufig verwendete und allgemeine Definition von Aggression bzw. Gewalt ist die der WHO (2002):

*„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“* (WHO 2002, p.6).

Diese allgemeine Definition beinhaltet die zwischenmenschliche Aggression und unterschiedliche Handlungen. Aggression geht zusätzlich über das konkrete physische Handeln hinaus und bezieht sich auch auf inhaltliche Aspekte, wie z.B. Drohungen und Einschüchterungen. Neben Verletzungen umfasst diese Definition auch unzählige und oftmals weniger offensichtliche Folgen des aggressiven Handelns. Zu den Folgen zählen beispielsweise psychische Schäden, Fehlentwicklungen und Deprivation, welche das Wohlergehen der einzelnen Menschen gefährden (WHO 2002).

Da die oben genannte Definition von Aggression sehr allgemein formuliert ist, wird für die vorliegende Arbeit jene der National Audit Office (NAO 2003) herangezogen. Diese Definition geht näher auf die Aggression im Pflegebereich ein und ist folgendermaßen definiert:

*„any incident where staff are abused, threatened or assaulted in circumstances related to their work, involving an explicit or implicit challenge to their safety, well being or health“* (NAO 2003, p. 2). (jegliches Ereignis, bei dem MitarbeiterInnen im Zusammenhang mit ihrer Arbeit beschimpft, bedroht oder angegriffen werden, mit Beteiligung einer expliziten oder impliziten Herausforderung für ihre Sicherheit, ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit [Übersetzung durch Autorin]).

Körperliche und verbale Aggression können in verschiedene Formen unterteilt werden. Dabei wird zwischen aktiver, passiver, direkter und indirekter Aggression unterschieden (Grond 1997). Diese werden in Tabelle 1 am Beispiel von HeimbewohnerInnen näher dargelegt.

Tabelle 1: Beispiele für Aggressionsformen von BewohnerInnen (in Anlehnung an Grond 1997; Nau 2011)

<b>Aggressionsformen</b>	<b>direkt</b>	<b>indirekt</b>
<b>körperlich aktiv</b>	schlagen, beißen, spucken, schubsen, zwicken, treten, stoßen, festhalten, sexuelle Übergriffe	verursachen Mehrarbeit durch absichtliche Inkontinenz, zerstören das Eigentum anderer
<b>körperlich passiv</b>	reagieren absichtlich langsam	verweigern die Nahrungsaufnahme
<b>verbal aktiv</b>	beleidigen, beschimpfen, nieder machen, verbale sexuelle Belästigung	schreien, Gerüchte verbreiten, gegeneinander ausspielen
<b>verbal passiv</b>	schweigen	verweigern die Zustimmung, verweigern Hilfe

### 1.2.2 Prävalenz von Aggression

Das aggressive Verhalten stellt eine besonders große Herausforderung bei der Pflege der Personen mit Demenz dar (Boström et al. 2011). Eine Literaturrecherche internationaler Forschungsarbeiten zeigt, dass Pflegepersonen eines der höchsten Risiken aufweisen, mit aggressivem Verhalten konfrontiert zu werden (Di Martino 2002).

Einige Studien haben die Prävalenz von Aggression in Langzeitpflegeeinrichtungen untersucht. Es ist wahrscheinlich, dass aggressives Verhalten von BewohnerInnen oftmals unvollkommen dokumentiert wird. Daher ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. 13 Studien, welche die Prävalenzrate von aggressiven Vorkommnissen von BewohnerInnen gegenüber Pflegepersonen in Langzeitpflegeeinrichtungen untersuchten, ergeben große Unterschiede. Diese reichen von ein bis zwei Ereignissen pro Tag

bis hin zu ein bis vier Ereignisse pro Jahr. Daher ist es schwer die exakte Prävalenzrate zu nennen (Zeller et al. 2009).

Eine Studie zeigt, dass ungefähr 20% der BewohnerInnen ein aggressives Verhalten aufweisen (Rolland et al. 2009). Wenn BewohnerInnen mit Demenz bei den Erhebungen inkludiert werden, ergibt dies noch höhere Prävalenzraten. Eine internationale systematische Literaturübersicht mit 19 Studien kommt beispielsweise zum Ergebnis, dass 48 bis 82% der BewohnerInnen mit Demenz aggressives Verhalten zeigen. Körperliche Aggression weisen 11 bis 44% der BewohnerInnen mit Demenz auf (Zuidema, Koopmans & Verhey 2007).

### **1.2.3 Erklärungstheorien zur Entstehung der Aggression**

Verschiedene Theorien beschreiben und erklären, wie aggressives Verhalten entstehen kann. Darunter fallen beispielsweise die Theorie des sozialen Lernens (Bandura 1973), die Instinkttheorie (Lorenz 1976), die Frustrationstheorie (Dollard et al. 1939), die biologische/physiologische Theorie (Siever 2008) und der situationsspezifische, interaktionistische Ansatz (Whittington & Richter 2006). Diese werden folgend betrachtet.

Die Theorie des sozialen Lernens weist darauf hin, dass Lernergebnisse bestimmen, wie eine Person lebt und welche Handlungen sie setzt. Aggression ist daher als Lernergebnis zu sehen und wird durch Lernen im Erfolg oder durch Nachahmung erlernt. Aggression wird, wie jedes Verhalten, von den Konsequenzen bestimmt. Dadurch wird Abwehr, Verteidigung, Durchsetzung oder Anerkennung angestrebt. Aggression hat eine soziale Wirkung (z.B. Status in einer Gruppe), eine psychische Wirkung (z.B. Erleichterung, wenn ein unangenehmes Ereignis beendet wurde) und eine materielle Wirkung (z.B. Besitz von Geld oder Konsumgütern) (Bandura 1973).

Bei der Instinkttheorie hingegen wird davon ausgegangen, dass aggressives Verhalten naturgegeben und eine Notwendigkeit der Erhaltung ist. Menschen zeigen daher wie Tiere aggressives, gewalttätiges und animalisches Verhalten. Die Aggression kann als Energiestau, welcher sich von Zeit zu Zeit entladen muss, gesehen werden (Lorenz 1976).

Ein weiterer Ansatz zur Entstehung von Aggression stellt die Frustrationstheorie dar. Wie der Name schon sagt, beschreibt diese Theorie, dass Aggression die Antwort auf

Frustration bzw. als Reaktion darauf auftritt. Aggressives Verhalten gilt hierbei als Versuch, Ziele oder Wünsche zu erreichen (Dollard et al. 1939).

Bei der biologischen/physiologischen Theorie wird das aggressive Verhalten auf physiologische, nervale bzw. hormonelle Vorgänge zurückgeführt. Dabei unterliegt das Großhirn den Aggressionsimpulsen des limbischen Systems (Siever 2008).

Der situationsspezifische, interaktionistische Ansatz geht davon aus, dass jedes aggressive Verhalten durch einen Schlüsselreiz ausgelöst wird. Das Auftreten und der weitere Verlauf des Ereignisses haben einen multifaktoriellen und interaktiven Ursprung. Das aggressive Verhalten gilt hier als Mitteilungsversuch. Um die Ursache des aggressiven Verhaltens zu beheben, muss der Schlüsselreiz identifiziert und behoben werden (Whittington & Richter 2006).

Es ist relevant, welche Theorie bzw. welches Modell als Erklärung zu der Entstehung von Aggression herangezogen wird. Der Inhalt der Theorie bzw. des Modells lenkt die Deutung und die Wahrnehmung einer Pflegeperson von aggressivem Verhalten der BewohnerInnen. Dieser Arbeit liegt der situationsspezifische, interaktionistische Ansatz zur Entstehung von Aggression zugrunde. Im folgenden Kapitel werden die Ursachen der Entstehung der Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in der Langzeitpflege anhand internationaler Studienergebnisse beschrieben.

#### **1.2.4 Ursachen der Aggression von BewohnerInnen mit Demenz**

Aktuelle Studienergebnisse zeigen, welche Ursachen der Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen zu Grunde liegen.

Die Risikofaktoren des aggressiven Verhaltens können in interne und externe Faktoren unterteilt werden. Eine internationale systematische Literaturübersicht kommt zum Ergebnis, dass Aggression von BewohnerInnen mit Demenz von den internen Faktoren, welche Depression, Psychose, Schmerzen und Dehydration sind, beeinflusst wird. Weitere interne Faktoren stellen Harnwegsinfektionen, dentale Infektionen, Hunger, Durst und Medikamentenkonsum dar (Cipriani et al. 2011). Studien zeigen zusätzlich, dass aggressives Verhalten bei Schlafstörungen und männlichen Bewohnern häufiger auftritt (Beck et al. 2011).

Zu den externen Einflussfaktoren der Aggression zählen Belastungen der Pflegepersonen, soziale Stimulation und die Qualität der Beziehung zwischen Pflegepersonen

und BewohnerInnen. Wenn Pflegepersonen bei der Morgenpflege beispielsweise negativ mit BewohnerInnen kommunizieren, reagieren diese eher aggressiv (Cipriani et al. 2011).

### 1.2.5 Konsequenzen der Aggression

Aggressives Verhalten wird mit negativen Konsequenzen für Pflegepersonen assoziiert. Unangenehmes Verhalten der BewohnerInnen kann erhöhten Stress bei Pflegepersonen auslösen und unterbricht die tägliche Arbeit in Langzeitpflegeeinrichtungen (Souder & O'Sullivan 2003). Zusätzlich führt aggressives Verhalten zu gesteigerter Abwesenheit und gesteigerten Krankenständen bei Pflegepersonen (Evers, Tomic & Brouwers 2002). Zu weiteren Konsequenzen der Aggression zählen herabgesetzte Arbeitsleistungen, Absicht den Job zu verlassen, Sachbeschädigungen (Snyder, Chen & Vacha-Haase 2007), reduzierte Arbeitszufriedenheit und verminderte Pflegequalität. Dies alles führt schlussendlich zu gesteigerten Kosten (Evers, Tomic & Brouwers 2002). Das aggressive Verhalten kann sogar eine Gefahr für die BewohnerInnen selbst darstellen (Cipriani et al. 2011). Körperliche Aggression wird von Pflegepersonen als das am meisten störende Verhalten bezeichnet (Cohens-Mansfield 2008). Dieses führt zu Ineffektivität (Aström et al. 2002) und hohen Belastungen (Miyamoto, Tachimori & Ito 2010). Daher ist es essentiell, aggressives Verhalten bei BewohnerInnen mit Demenz zu thematisieren, um eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten (Ko et al. 2012).

Wissen, Einstellungen und Verhalten der Pflegepersonen zählen zu den Faktoren, welche aggressives Verhalten bei BewohnerInnen beeinflussen können. Im folgenden Kapitel wird auf die Begrifflichkeiten Wissen, Einstellungen und Verhalten eingegangen. Des Weiteren wird der theoretische Rahmen der vorliegenden Arbeit dargelegt.

### 1.3 Wissen, Einstellungen und Verhalten

Internationale Studienergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen in Langzeitpflegeeinrichtungen minimales Training im Umgang mit Aggression haben. Pflegepersonen wissen nicht, wie sie bei aggressiven Ereignissen reagieren sollen (Gates, Fitzwater & Deets 2003). Um BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten helfen zu können, benötigen Pflegepersonen Wissen über Aggressionsmanagement, um die Bedeutung des aggressiven Verhaltens zu verstehen (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b).

*„Wissen ist die Kombination von Daten und Information, unter Einbeziehung von Expertenmeinungen, Fähigkeiten und Erfahrung, mit dem Ergebnis einer verbesserten Entscheidungsfindung. Wissen kann explizit und/oder implizit, persönlich und/oder kollektiv sein.“* (Allan et al. 2004, p.10).

Die Einstellungen der Pflegepersonen zu BewohnerInnen beeinflussen ebenso das Pflegeverhalten. Positive Einstellungen zu BewohnerInnen stehen im Zusammenhang mit mehr Empathie und weniger Belastungen der Pflegepersonen in Langzeitpflegeeinrichtungen. Sie steigern zudem das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der BewohnerInnen (Norbergh et al. 2006). Einstellungen der Pflegepersonen zu deren BewohnerInnen sind komplex und können klinische Entscheidungsfindungsprozesse, wie z.B. das Verstehen und Erfüllen der Bedürfnisse der BewohnerInnen, beeinflussen (Abderhalden et al. 2002). Der Begriff Einstellung wird in der Literatur wie folgt definiert:

*„Die gelernte, relative stabile Tendenz, auf Menschen, Konzepte und Ereignisse zu reagieren.“* (Gerrig & Zimbardo 2008, p. 731).

Fishbein und Ajzen schrieben 1975 wie folgt:

*„[...] attitude may be conceptualized as the amount of affect for or against some object.“* (Fishbein & Ajzen 1975, p. 11). ([...] Einstellung kann als Ausmaß für oder gegen ein Objekt konzipiert sein [Übersetzung durch Autorin]).

Aggression von BewohnerInnen wird mit vermehrter Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen assoziiert (Zeller et al. 2009). Die Anwendung von Einschränkungen steigert wiederum das Auftreten der Aggression (Nakahira et al. 2009).

Das Verstehen der Perspektive und des Verhaltens der Pflegepersonen ist wichtig, um Implikationen für neue Interventionen zu erhalten. Innovative Interventionen können helfen, Aggressionen der BewohnerInnen zu reduzieren, indem sie Pflegepersonen unterstützen diese effektiv zu bewältigen (Morgan et al. 2012). Der Begriff Verhalten kann wie folgt definiert werden:

*„Die Aktivität, durch die sich der Organismus an seine Umwelt anpasst.“* (Gerrig & Zimbardo 2008, p. 747).

### **1.3.1 Theoretischer Rahmen der Übersichtsarbeit**

Den theoretischen Rahmen dieser Arbeit bildet die Theorie des geplanten Verhaltens (*theory of planned behavior*) von Fishbein und Ajzen (siehe Abbildung 1). Die Wissenschaftler gehen davon aus, dass die Einstellungen, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle zu einem Thema sich auf die Handlungen dieses Themas betreffend auswirken. Die Theorie setzt sich aus fünf Komponenten zusammen (Ajzen 1991). Diese werden folgend erklärt.

Die zentrale Komponente der Theorie ist die Intention, welche durch die drei Komponenten Einstellung zu einem Verhalten, subjektive Norm und wahrgenommene Verhaltenskontrolle beeinflusst wird. Diese drei Komponenten beeinflussen sich auch gegenseitig. Allgemein ist davon auszugehen, dass je positiver die Einstellung zu einem Verhalten und die subjektive Norm sind und je größer die wahrgenommene Verhaltenskontrolle ist, desto stärker wird die Intention hinsichtlich eines Verhaltens sein (Ajzen 1991).

Die Theorie bezieht sich auf die Einstellungen zu Verhaltensweisen und nicht zu Objekten oder Personen. Die Komponente der Einstellung erfasst, ob eine Verhaltensweise von der Person als positiv oder negativ wahrgenommen wird. Diese hängt von den Überzeugungen der Person ab (ebenda.).

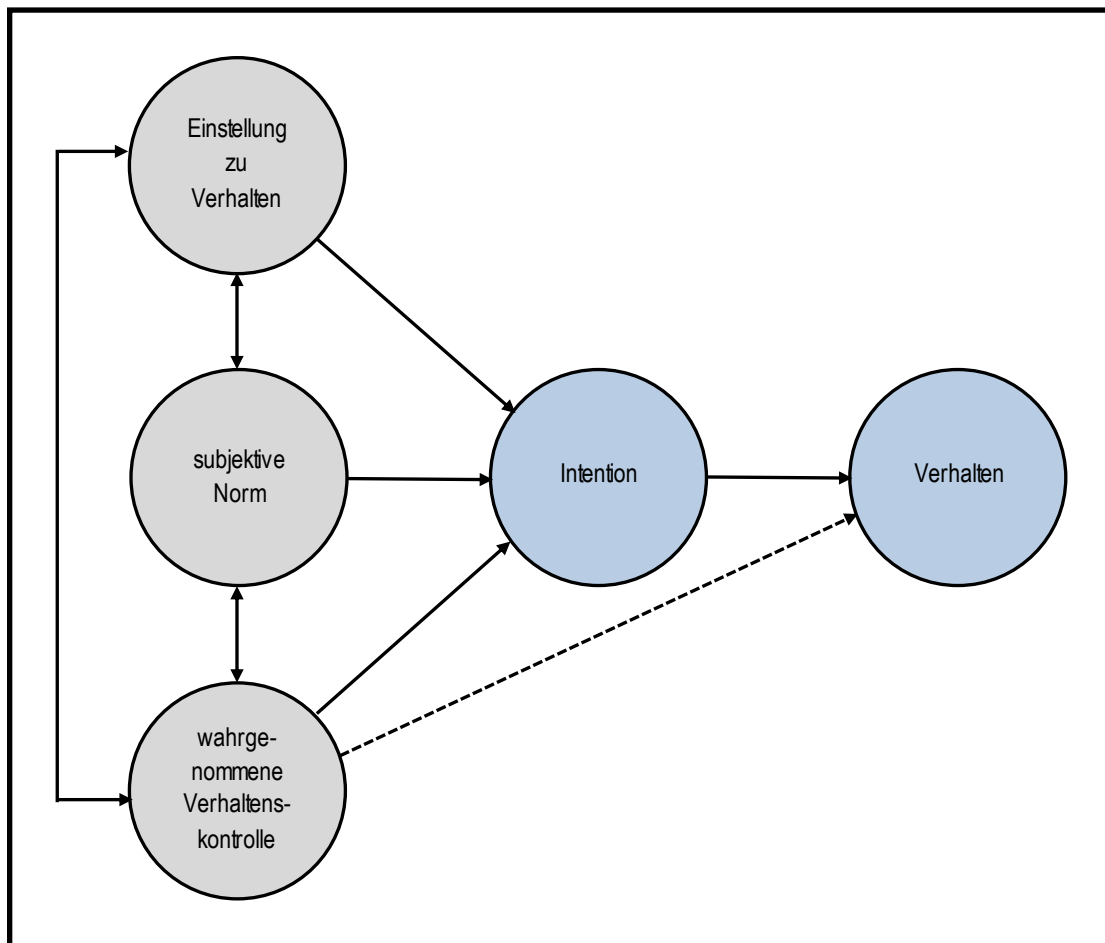


Abbildung 1: Theorie des geplanten Verhaltens (in Anlehnung an Ajzen 1991, p. 182)

Eine weitere Komponente der Theorie stellt die subjektive Norm dar. Darunter wird verstanden, welche subjektive Wahrnehmung der soziale Druck darstellt, ob ein Verhalten gezeigt oder unterlassen wird. Die subjektive Norm bezieht sich auf die Erwartungen Anderer (Ajzen 1991).

Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle bezieht sich darauf, ob einer Person Fertigkeiten und Ressourcen zur Verfügung stehen, um ein Verhalten auszuführen. Die somit wahrgenommene Schwierigkeit bzw. Einfachheit ein gewisses Verhalten auszuüben, beeinflusst mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit den Erfolg des Verhaltens. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle erklärt die subjektive Annahme einer Person über die Schwierigkeit der Ausführung einer Verhaltensweise. Die Ausführung des Verhaltens hängt mit Erfahrungen und Informationen über soziale Gruppen zusammen. Das Individuum geht davon aus: je mehr Ressourcen eine Person besitzt, desto leichter ist es, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen und desto größer ist die wahrgenommene Verhaltenskontrolle.

Die gestrichene Linie (siehe Abbildung 1) zeigt, dass die wahrgenommene Verhaltenskontrolle zusätzlich direkt Einfluss auf das Verhalten nehmen kann. Die Durchführung eines Verhaltens hängt nicht nur von der Intention, sondern auch von der Verhaltenskontrolle ab (Ajzen 1991).

Unter der Komponente Verhalten ist die tatsächliche Durchführung einer Handlung gemeint (ebenda.).

Mit dieser Theorie versuchen Fishbein und Ajzen (1991) zu erklären, inwiefern sich die Einstellungen, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle auf das Verhalten der Person auswirken (ebenda.).

Basierend auf dieser Theorie könnten diese Komponenten auch im Pflegebereich beim Verhalten der Pflegeperson eine Rolle spielen (siehe Abbildung 2). Das würde bedeuten, dass die Einstellungen, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz, sich auf das Verhalten der Pflegeperson auswirken. Ausgehend von der Theorie kann angenommen werden, dass die Einstellungen, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle zu Aggression eine Voraussetzung für ein bestimmtes Verhalten darstellen. Je positiver diese Komponenten ausfallen, desto stärker ist die Intention zu einem bestimmten Verhalten der Pflegeperson.

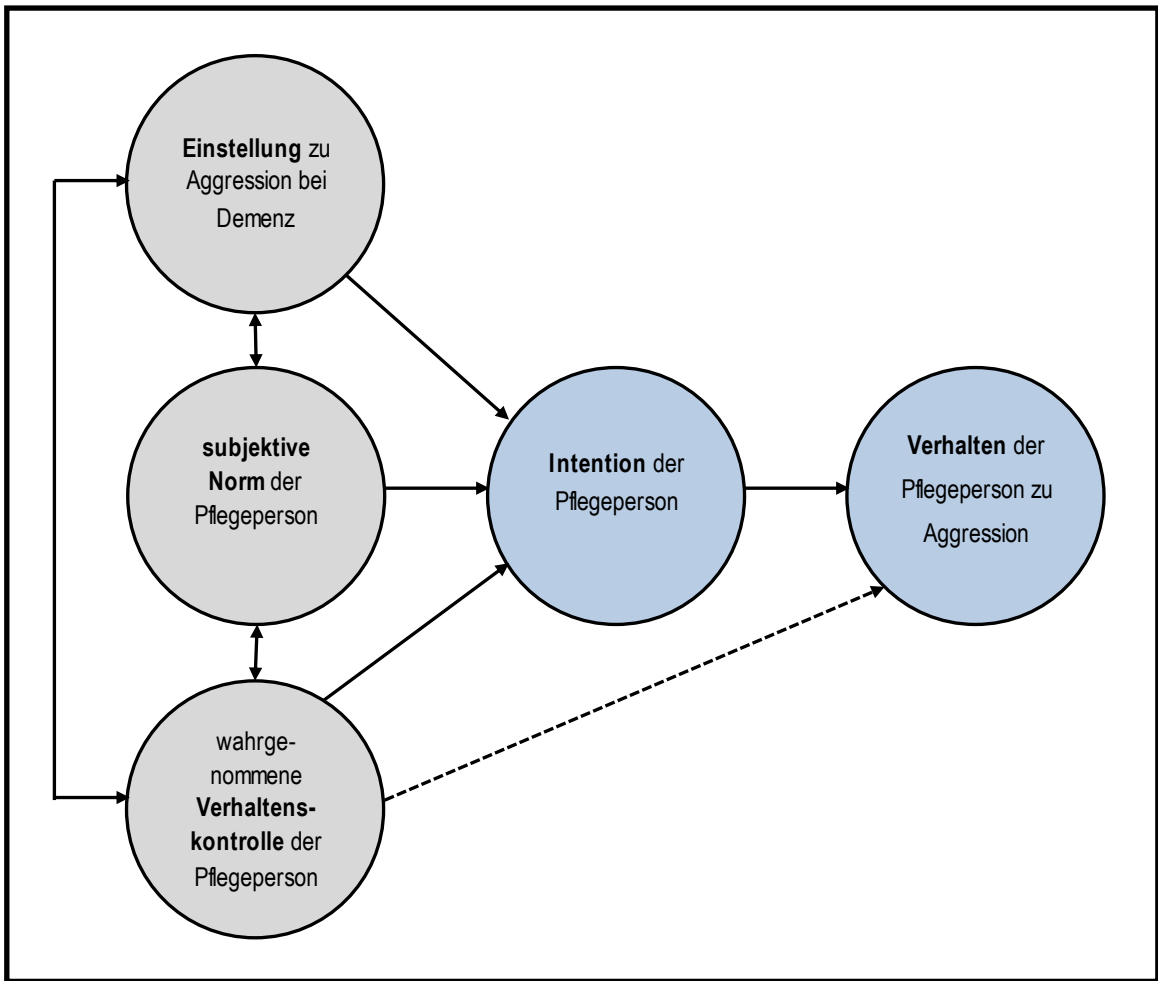


Abbildung 2: Theorie des geplanten Verhaltens der Pflegepersonen (in Anlehnung an Ajzen 1991, p. 182)

## 1.4 Bedeutung der Literaturübersicht

Die Zahlen des World Alzheimer Reports (Prince, Bryce & Ferri 2011) machen deutlich, dass Demenz ein relevantes Problem für den Gesundheitsbereich und insbesondere für die Langzeitpflegeeinrichtungen darstellt. Demenzerkrankungen zählen zu den Hauptgründen für eine Aufnahme in Langzeitpflegeeinrichtungen (Gilley et al. 2004). Eine Ursache dafür stellen die Stimmungs- und Verhaltensstörungen im Krankheitsverlauf von Demenz dar (Weissenberger-Leduc & Weiberger 2011). Prävalenzerhebungen zeigen, dass 48 bis 82% der BewohnerInnen mit Demenz aggressives Verhalten zeigen (Zuidema, Koopmans & Verhey 2007). Aggression von BewohnerInnen mit Demenz stellt daher eine besondere Herausforderung für die Pflege dar (Boström et al. 2011). Das aggressive Verhalten wird mit negativen Konsequenzen für Pflegepersonen assoziiert (Souder & O'Sullivan 2003).

Wissen, Einstellungen und Verhalten der Pflegepersonen zu aggressivem Verhalten bei BewohnerInnen mit Demenz können diese Verhaltenssymptomatik beeinflussen (Abderhalden et al. 2002; Morgan et al. 2012; Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b).

Eine Möglichkeit das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Pflegepersonen zu aggressivem Verhalten bei Demenz zu erfassen, stellt die systematische Literaturübersicht dar. Eine systematische Literaturübersicht fasst aktuelles Wissen zu einem bestimmten Thema zusammen, evaluiert dieses und stellt die Basis für weitere Studien dar (Machi & McEvoy 2009; Polit & Beck 2012).

## 1.5 Ziel der Literaturübersicht

Das Ziel der systematischen Literaturübersicht ist es, Wissen, Einstellungen und Verhalten von Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen zu beschreiben.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen, welche dieser Arbeit zugrunde liegen:

- Welches Wissen besitzen Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen?
- Welche Einstellungen haben Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen?
- Welches Verhalten zeigen Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen?

## Methode

Für die Beantwortung der genannten Forschungsfragen wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Ziel der Suche war die Identifikation von internationalen Forschungsartikeln über Wissen, Einstellungen und Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz.

Die systematische Literaturrecherche wurde von 09. Mai bis 05. Juli 2012 in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Embase 1996-2012 via Ovid, CDSR via Ovid, ISI Web, PsycINFO 1806 to June und GeroLIT durchgeführt. Die Recherche wurde in den Datenbanken mit englischen Schlüsselwörtern (siehe Abbildung 3), MESH-Terms und Boolean'schen Operatoren (AND und OR) durchgeführt.

In der Datenbank GeroLIT wurde ergänzend mit deutschen Suchbegriffen recherchiert, welche aus Abbildung 4 zu entnehmen sind. Die Schlüsselbegriffe, MESH-Terms und Limitationen wurden in der jeweiligen Datenbank angepasst (siehe Anhang 1: Literaturrecherche in den Datenbanken und Suchmaschinen).

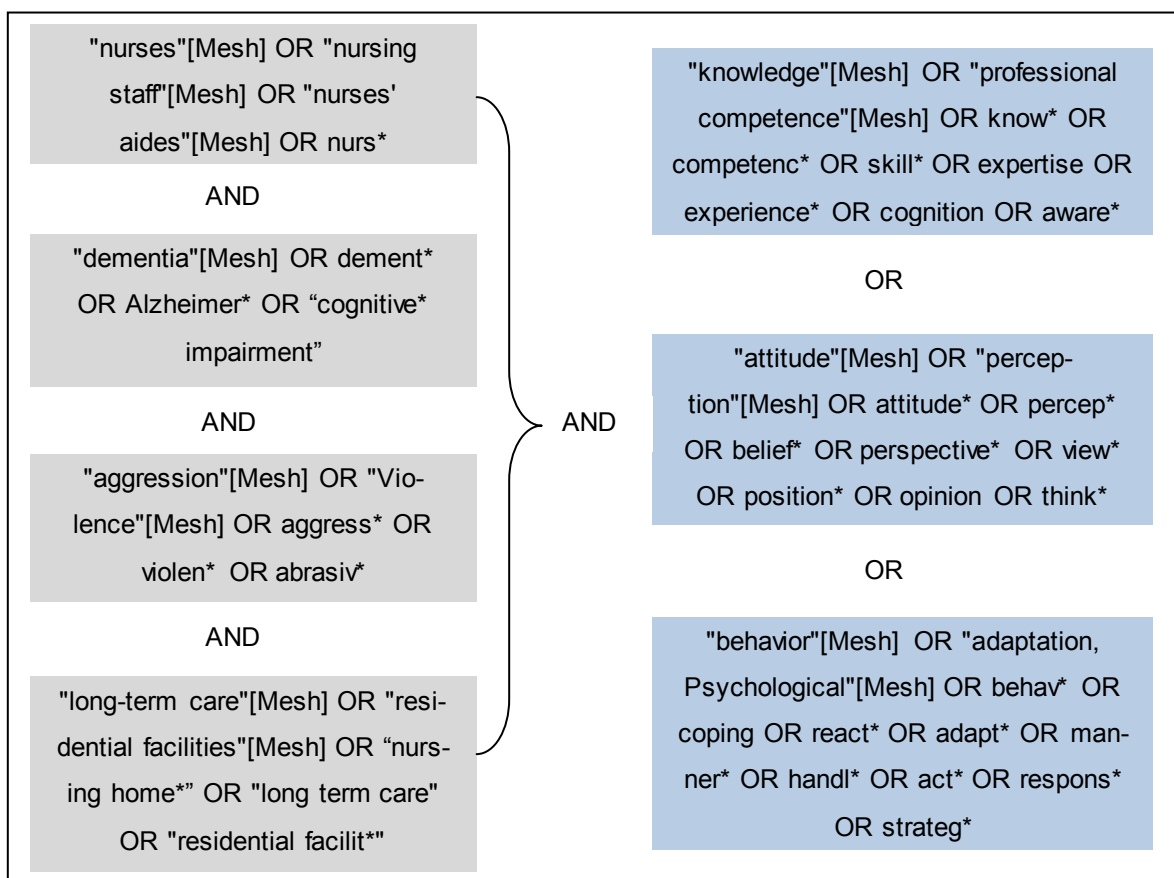


Abbildung 3: Englische Suchbegriffe der Literaturrecherche

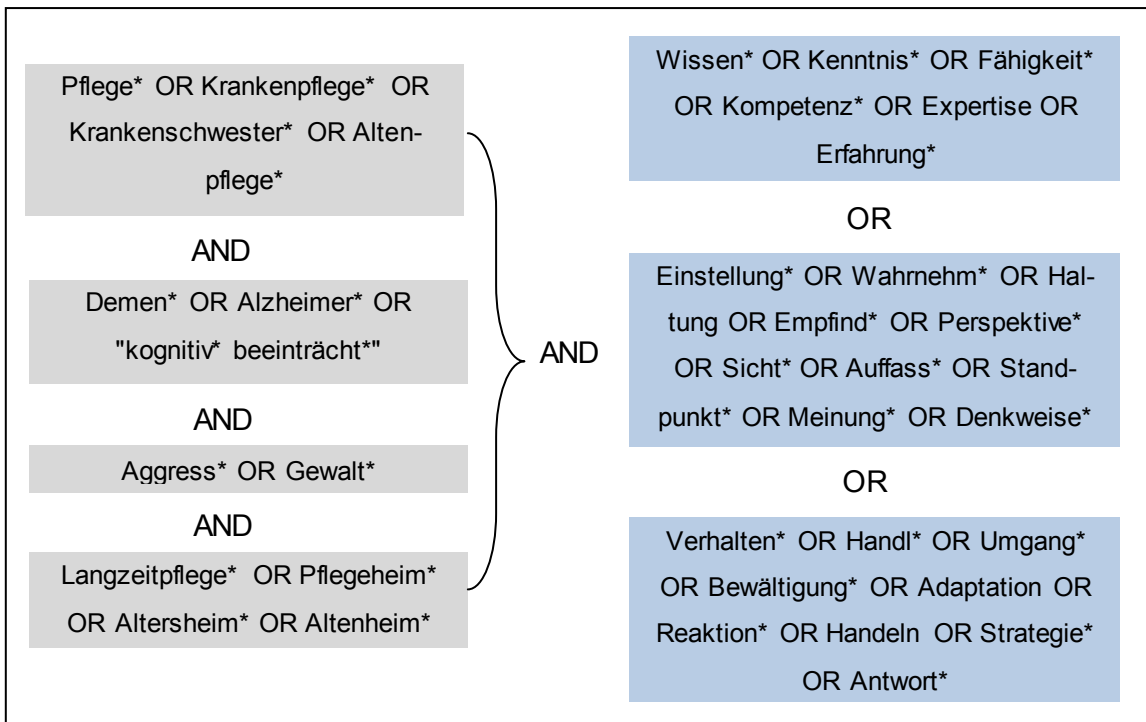


Abbildung 4: Deutsche Suchbegriffe der Literaturrecherche

Bei der Recherche wurden die folgenden Limitationen gesetzt. Es wurde nach deutsch- beziehungsweise englischsprachigen Forschungsartikel gesucht, welche im Zeitraum von Jänner 2002 bis Mai 2012 veröffentlicht wurden.

Ergänzend zu den oben genannten Datenbanken wurde eine Recherche in den Meta-suchmaschinen dogpile und Google scholar durchgeführt. Die Limitationen dabei betrafen die Sprache (Deutsch, Englisch) und den Zeitraum (2002-2012). Bei der Recherche in den Suchmaschinen wurden folgende Hauptschlüsselbegriffe verwendet: Nursing AND dementia AND aggression AND nursing home AND attitude AND knowledge AND behavior. Die Suchergebnisse der ersten fünf Seiten mit jeweils zehn Treffern wurden gesichtet.

Nach der kritischen Bewertung der eingeschlossenen Artikel, erfolgte eine Handsuche. Dabei wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Artikel nach weiteren, für die Forschungsfrage relevanten Referenzen gesichtet.

## 2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien der Forschungsartikel bezogen sich auf die Population, das Setting und die Messergebnisse der Studien.

Eingeschlossen wurden nur Studien, welche das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Population formelle Pflegepersonen erfassten. Jene, die sich auf andere Berufsgruppen bzw. Auszubildende (z.B. PflegeschülerInnen oder StudentInnen) bezogen, wurden nicht zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen. Forschungsartikel, welche die Ergebnisse verschiedener Berufsgruppen separat darstellten und sich auch auf formelle Pflegepersonen bezogen, wurden inkludiert.

Des Weiteren wurden nur Forschungsartikel eingeschlossen, welche sich auf das Setting Langzeitpflege bezogen. Forschungsergebnisse aus dem Setting Krankenhaus, häusliche Pflege, Rehabilitationspflege, ambulante Pflege sowie Hauskrankenpflege wurden nicht herangezogen.

Die Forschungsartikel mussten zusätzlich Messergebnisse zu Wissen und/oder Einstellungen und/oder Verhalten von Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz beinhalten.

## 2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

### 2.2.1 Systematische Recherche in den Datenbanken

Die Abbildung 5 stellt den Verlauf des Auswahlverfahrens der Recherche im Überblick dar. Am Beginn der systematischen Literaturrecherche wurden die Treffer anhand des Titels untersucht. Dieser musste die wichtigsten Variablen (Aggression/Gewalt und/oder Demenz/Alzheimer/kognitive Beeinträchtigung) beinhalten. Alle Treffer, die an dieser Stelle die Einschlusskriterien nicht erfüllten, wurden bereits ausgeschlossen.

Im nächsten Schritt wurden die Treffer hinsichtlich des Abstracts gelesen. Dieser musste die Fragen *was, wer, wo, wann, wie* beantworten, sowie die Einschlusskriterien erfüllen.

Die verbleibenden Treffer wurden anschließend im Volltext gelesen, um sicherzustellen, dass die Einschlusskriterien erfüllt werden.

Zu den Ausschlussgründen zählten:

- nicht die BewohnerInnen mit Demenz zeigen aggressives Verhalten, sondern eine andere Personengruppe,
- keine Messergebnisse zu Wissen und/oder Einstellungen und/oder Verhalten,
- Wissen und/oder Einstellungen und/oder Verhalten beziehen sich nicht auf Aggression, sondern allgemein auf Demenz,
- Wissen und/oder Einstellungen und/oder Verhalten sind innerhalb einer Interventionsstudie untersucht worden,
- andere Berufsgruppen sind untersucht bzw. verschiedene Berufsgruppen sind ohne Aufschlüsselung der Ergebnisse überprüft worden,
- die Studie ist im Setting Krankenhaus durchgeführt worden und
- Duplikate.

Folglich wurden bei der systematischen Recherche 16 Artikel identifiziert, welche die Einschlusskriterien erfüllten. Darunter waren drei systematische Literaturübersichten, welche fünf Artikeln (Aström et al. 2004; Chrzescijanski, Moyle & Creedy 2007; Isaksson, Aström & Graneheim 2008; Morgan et al. 2005; Skovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003a) der systematischen Suche dieser Arbeit beinhalten. Da in den systematischen Literaturübersichten nicht alle relevanten Ergebnisse für diese Arbeit dargestellt sind, wurden die genannten Artikel nicht ausgeschlossen.

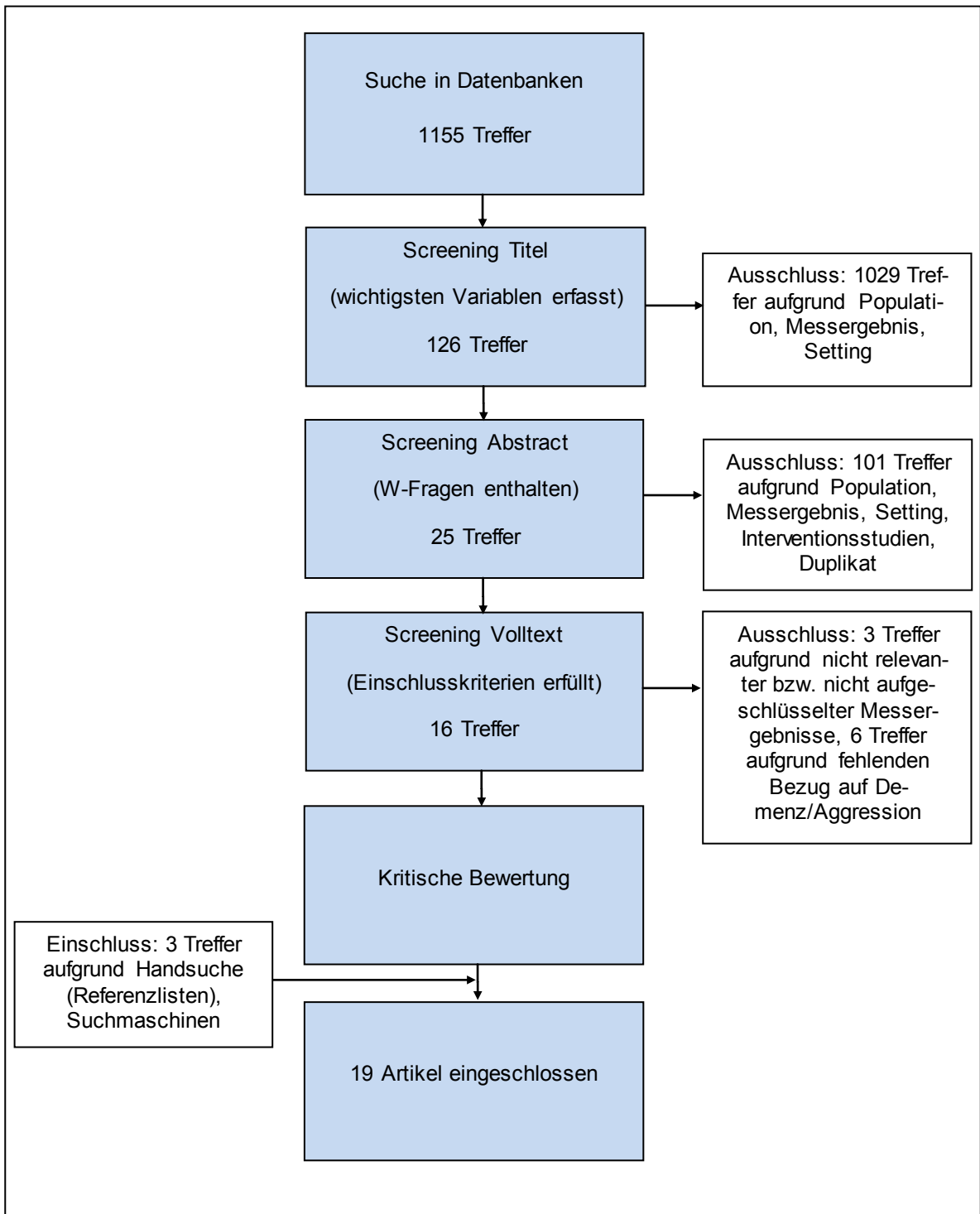


Abbildung 5: Flussdiagramm der Literaturrecherche

### 2.2.2 Suche in den Metasuchmaschinen

Die Suche in der Metasuchmaschine Google scholar ergab ungefähr 4720 Treffer. 14 Artikel wurden nach dem Titel ausgewählt. Von diesen wurde ein Treffer nach dem Lesen des Abstracts weiter eingeschlossen, welcher jedoch im Volltext nicht den Einschlusskriterien entsprach.

Die Metasuchmaschine dogpile zeigte die Gesamttrefferzahl nicht an. Insgesamt wurden acht Treffer nach der Durchsicht der Titel inkludiert, welche jedoch nach dem Lesen des Abstracts nicht eingeschlossen wurden.

### 2.2.3 Handsuche

Bei der Handsuche wurden nach Durchsicht der Titel insgesamt 47 Artikel zu einer weiteren Begutachtung eingeschlossen. Nach der Begutachtung der Abstracts wurden drei Artikel (Aström et al. 2004; Isaksson, Aström & Graneheim 2008; Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003a) als passend erachtet, welche auch nach dem Lesen der Volltexte die Einschlusskriterien erfüllten.

Insgesamt wurden 19 Artikel zur Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit herangezogen.

## 2.3 Bewertung der eingeschlossenen Artikel

Die eingeschlossenen Artikel wurden folglich von der Autorin dieser Arbeit mittels Bewertungsbögen einer kritischen Beurteilung unterzogen, um Stärken und Limitationen der einzelnen Artikel festzustellen (Polit & Beck 2012). Für die Bewertung der qualitativen Studien wurde der *Guide to an overall critique of a qualitative research report* verwendet. Die quantitativen Studien wurden mit dem *Guide to an overall critique of a quantitative research report* von Polit und Beck (2012) kritisch bewertet. Die Bewertungsbögen wurden von einer Gruppe von ForscherInnen entwickelt und sind wie die meisten Forschungsartikel nach Titel, Abstract, Einleitung, Methode, Ergebnisse und Diskussion strukturiert (ebenda.).

### 2.3.1 Bewertung der qualitativen Studien

Der qualitative Bogen umfasst bei der Einleitung kritische Fragen zu Problembeschreibung, Forschungsfragen, Literaturüberblick und konzeptuelle Untermauerung. Der Methodenteil enthält Fragen zum Schutz der Rechte der TeilnehmerInnen, Forschungsdesign und –tradition, Stichprobe und Setting, Datensammlung, Vorgehen und Erhöhung der Vertrauenswürdigkeit. Bei den Ergebnissen werden Fragen zu Datenanalyse, Erkenntnisse und theoretische Eingliederung vorgegeben. Die kritischen Fragen bei der Diskussion beinhalten die Interpretation der Ergebnisse, Implikationen/Empfehlungen und allgemeine Aspekte zu der Glaubwürdigkeit der Forschung und eine Kurzzusammenfassung (Polit & Beck 2012).

### 2.3.2. Bewertung der quantitativen Studien

Der Bewertungsbogen für quantitative Studien enthält bei der Einleitung kritische Fragen zu Problembeschreibung, Hypothesen- und Forschungsfragen, Literaturüberblick und konzeptuelle Untermauerung. Bei der Methode werden Fragen zum Schutz der Rechte der TeilnehmerInnen, Forschungsdesign, Population und Stichprobe und Setting, Datensammlung und –messungen und Vorgehen gestellt. Der Ergebnisteil beinhaltet Fragen zu Datenanalyse und Erkenntnisse. Die kritischen Fragen bei der Diskussion behandeln die Interpretation der Ergebnisse, Implikationen/Empfehlungen und allgemeine Aspekte wie Präsentation, Glaubwürdigkeit der Forschung und eine Kurzzusammenfassung (ebenda.).

### 2.3.3. Bewertung der qualitativen-quantitativen Studie

Eine Studie weist ein Design mit qualitativen und quantitativen Methoden auf. Dafür wurde ein Bewertungsbogen aus dem *Guide to an overall critique of a qualitative research report* und dem *Guide to an overall critique of a qualitative research report* zusammengestellt. Der Bewertungsbogen für qualitative-quantitative Methoden beinhaltet sowohl alle Fragen des Bewertungsbogens für qualitative Studien als auch jene für quantitative Studien (Polit & Beck 2012).

### 2.3.4. Bewertung der systematischen Literaturübersichtsarbeiten

Für die kritische Bewertung der systematischen Literaturübersichten wurde der Bewertungsbogen von Ciliska, Dobbins und Thomas (2007) herangezogen. Dieser setzt sich aus allgemein gültigen Kriterien zur Qualitätsbewertung von systematischen Übersichtsarbeiten zusammen. Die Schlüsselaspekte Gültigkeit, Art und Anwendung der Ergebnisse werden danach beurteilt (ebenda.).

Nach der kritischen Beurteilung wurde die Qualität der eingeschlossenen Studien folgendermaßen zusammengefasst. Bei den qualitativen und quantitativen Studien wurden Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion und globale Aspekte bewertet; bei den systematischen Übersichtsarbeiten wurde die Gültigkeit der Ergebnisse, die Art der Ergebnisse und die Anwendbarkeit der Ergebnisse anhand folgender Auswertung eingeteilt: + sehr gute Qualität, ~ moderate Qualität, - mangelhafte Qualität.

Die ausführlichen kritischen Beurteilungen der eingeschlossenen Studien sind im Anhang 2: Kritische Bewertungen zu finden. Der Anhang 3: Zusammenfassung der Qualitätsbewertung gibt einen Überblick über die Qualität der eingeschlossenen Studien.

## 2.4. Extraktion und Synthese der Ergebnisse

Die Extraktion der Ergebnisse wurde von der Autorin der Arbeit vorgenommen. Eckdaten der Studien (AutorInnen, Publikationsjahr, Journal, Land, Design, Messmethode, Population, Stichprobe und Hauptergebnis) wurden extrahiert. Des Weiteren wurden die Ergebnisse zu Wissen, Einstellungen und Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz exzerpiert. Die einzelnen Studienergebnisse zu Wissen, Einstellung und Verhalten wurden danach synthetisiert.

## Ergebnisse

Die 19 eingeschlossenen Artikel umfassen drei qualitative Studien, zwölf quantitative Studien, eine qualitative-quantitative Studie und drei systematische Übersichtsarbeiten. Die Ergebnisse dieser Studien werden im Rahmen der Ergebnispräsentation nach Wissen, Einstellungen und Verhalten gegliedert.

Neun Studien kommen aus Europa (Schweden, Norwegen, Großbritannien), vier aus Amerika (Kanada, USA), drei aus Asien (Japan, Korea) und drei aus Australien. Die Tabelle 2 beschreibt die Charakteristika der eingeschlossenen Studien.

### 3.1 Wissen der Pflegepersonen zu Aggression

Keine Studie hat bisher untersucht, welche Art von Wissen Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen besitzen.

Einige Studien präsentieren jedoch Ergebnisse, welche sich mit dem Wissensmangel bzw. dem Bedürfnis nach Wissen beschäftigen. Boström und KollegInnen (2011) zeigen auf, dass sich Pflegepersonen über das veränderte Verhalten der BewohnerInnen aufgrund der dementiellen Erkrankung bewusst sind (Boström et al. 2011). Vier Studien geben jedoch an, dass Pflegepersonen einen Wissensmangel äußern, beziehungsweise das Bedürfnis nach mehr Wissen ausdrücken (Aström et al. 2004; Brodaty, Draper & Low 2003; Morgan et al. 2005; Morgan et al. 2012).

#### 3.1.1 Wissensmangel

Eine systematische Übersichtsarbeit zeigt auf, dass Pflegepersonen fehlendes Wissen zu Aggression bei BewohnerInnen mit Demenz haben und fehlende Fähigkeiten aufweisen, auslösende Faktoren der Aggression zu erkennen (Scott et al. 2011). Beispielsweise hat die mittlere Punkteanzahl der Managementfähigkeiten der Pflegepersonen vor einem Schulungsprogramm einen Mittelwert von 18.75 (SD=3.56) von insgesamt 40 zu erreichenden Punkten ergeben (Oh, Hur & Eom 2005). Bei Interviews einer quantitativen Studie haben jedoch nur vier Pflegepersonen (4.1%) einen Wissensmangel erwähnt (Aström et al. 2004).

Im näheren Detail wird der Wissensmangel in einer Studie von Brodaty und KollegInnen (2003) betrachtet. Dabei meint mehr als die Hälfte der Pflegepersonen (56.2%), dass sie oft das Gefühl haben, zu wenig über die Erkrankung und die Behandlung der BewohnerInnen zu wissen. 8.3% der Pflegepersonen stimmen dem Gefühl von Wissensmangel unsicher zu. Im Gegensatz dazu meint mehr als ein Drittel (35.5%) der Pflegepersonen, dass sie ausreichend über die Erkrankung und die Behandlung der BewohnerInnen Bescheid wissen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt es bei der Aussage „*I often feel that I know too little about the patients'/residents' personal background, habits and wishes*“ (Brodaty, Draper & Low 2003, p. 587). Bei dieser Aussage haben die Pflegepersonen folgendermaßen geantwortet: 57.7% der Pflegepersonen vollständig/teilweise zustimmend, 9.2% unsicher zustimmend, 33% komplett bzw. teilweise nicht zustimmend (Brodaty, Draper & Low 2003).

### 3.1.2 Bedürfnis nach Wissen

Pflegepersonen haben das Gefühl, dass sie inadäquate Demenz-spezifische Schulungen erhalten (Aström et al. 2004). Ein signifikant niedriger Anteil der Pflegepersonen, welche einem aggressivem Verhalten ausgeliefert gewesen ist, ist zufrieden mit ihrem Zugang zu Demenzpfleges Schulungen ( $p=0.003$ ,  $OR=0.49$ ,  $CI (0.31, 0.78)$ ). Pflegepersonen, die im letzten Jahr aggressives Verhalten erfahren haben, berichten weniger oft, dass sie adäquates Training und Vorbereitungen über BewohnerInnen mit Demenz erhalten haben ( $p=0.43$ ,  $OR=0.77$ ,  $CI (0.41, 1.47)$ ). Zusätzlich zeigt die Studie, dass das Gefühl inadäquat auf Demenzpflege vorbereitet zu sein, signifikant mit einem höheren Risiko an erfahrener Aggression assoziiert wird ( $p<0.05$ ,  $OR=0.64$ ,  $CI (0.48, 0.87)$ ) (Morgan et al. 2005).

Ergänzend zeigt eine aktuelle Studie, dass ungefähr die Hälfte der PflegehelferInnen (52.4%) schwach zustimmt, dass deren aktuelles Wissen und Training sie adäquat auf Demenzpflege vorbereitet hat. Nur 12.2% der PflegehelferInnen stimmt diesbezüglich stark zu (Morgan et al. 2012).

Tabelle 2: Eingeschlossene Artikel der systematischen Literaturübersicht

(fortlaufende Tabelle)

AutorInnen, Journal, Land	Forschungsziel	Design, Messmethode	Population, Stichproben- größe*, Setting	Hauptergebnis
Aström et al. 2004 Scandinavian Journal of Car- ing Sciences Schweden	Beschreibung der emotionalen Reaktionen der Pflegepersonen auf aggressive Ereignisse	quantitativ Querschnittstudie strukturiertes Inter- view per Telefon	97 (von insgesamt 848) Pfl- egepersonen: 5 diplomierte Pflegepersonen, 92 Pflegehel- ferInnen  8 Pflegeheime, 5 Heime mit leichten Demenzformen, 11 Heime mit moderaten bis schweren Demenzformen	Die häufigsten emotionalen Reaktionen der Pflegepersonen sind Angst, Aggressi- on, Verwunderung, Antipathie, Kraftlosig- keit und Beschimpfungen. Die meisten aggressiven Ereignisse werden durch informelle Diskussionen im Arbeitsteam bewältigt.
Boström et al. 2011 Journal of Clini- cal Nursing Kanada	Beschreibung der Häufigkeit von aggressiven Vorkommnissen	quantitativ Querschnittstudie Fragebogen, <i>Work- place Violence Tool</i>	91 (von insgesamt 113) Pfl- egepersonen: 18 diplomierte Pflegepersonen, 73 Pflegehel- ferInnen  4 Demenzeinrichtungen	Pflegepersonen meinen, dass Vorgesetz- te ein fehlendes Bewusstsein zu Aggres- sion besitzen und verlangen mehr Unter- stützung. 79% der aggressiven Ereignisse sind offiziell berichtet worden.
Brodaty, Draper & Low 2003 Journal of Ad- vanced Nursing Australien	Untersuchung der Einstellungen der Pflegepersonen zu Arbeitsbe- lastungen und Arbeitszufriedenheit im Zusammenhang mit Demenz- pflege, Arbeitsplatz bzw. Eigen- schaften der Pflegepersonen	quantitativ Querschnittstudie <i>Swedish Strain in Nursing Care As- sessment Scale, Swedish Satisfaction with Nursing Care and Work Assess- ment Scale</i>	253 Pflegepersonen 12 Pflegeheime	57.7% der Pflegepersonen meinen, dass sie zu wenig über die BewohnerInnen und deren Erkrankung wissen. Sie haben die Einstellung, dass aggressives Verhalten schwer handzuhaben und belastend ist.
Chrzescijanski, Moyle & Creed 2007 Dementia Australien	Überprüfung der Auswirkung der Schulung auf aggressives Verhal- ten von BewohnerInnen  Untersuchung der Einstellungen der Pflegepersonen zu deren Pfl- egemanagement von Personen mit Demenz	quantitativ <i>Attitude to Elderly and Severely Mentally Infirm Care Scale</i>	85 (von insgesamt 178) diplo- mierte Pflegepersonen und PflegehelferInnen  4 private Pflegeheime	Die Einstellungen der Pflegepersonen zum Pflegemanagement bei BewohnerIn- nen mit Demenz sind durchgehend positiv (MW=19.92, SD=3.11).

<b>AutorInnen, Journal, Land</b>	<b>Forschungsziel</b>	<b>Design, Messmethode</b>	<b>Population, Stichproben- größe*, Setting</b>	<b>Hauptergebnis</b>
Cubit et al. 2007 Australasian Journal on Age- ing Tasmanien	Überprüfung der Wahrnehmung der Pflegepersonen über die Häu- figkeit von unangenehmen Verhal- ten bei BewohnerInnen mit De- menz Erstellung einer Rangliste der un- angenehmen Verhaltensweisen, welche den alltäglichen Betrieb am meisten stören und am häufigsten Verzweiflung hervorrufen	quantitativ Querschnittstudie Fragebogen	259 diplomierte Pflegepersonen und PflegehelferInnen 15 Pflegeheime	Körperliche Aggression ruft am häufigsten Verzweiflung bei Pflegepersonen hervor (Rang 1 von 10, MW= 3.56, SD=3.0).
Enmarker, Ol- sen & Hellzen 2011 International Journal of Older People Nursing Norwegen	Beschreibung des aggressiven Verhaltens bei Personen mit De- menz Findung alternativer Management- ansätze als Ersatz für körperliche und medikamentöse Einschrän- kung	systematische Litera- turübersicht	7 (von insgesamt 21) Artikel für diese Arbeit relevant Langzeitpflege	Pflegepersonen, die personenzentrierte Maßnahmen anwenden, besitzen positive- re Erfahrungen und Einstellungen zu Ag- gressionsmanagement bei Demenz.
Hoeffler et al. 2006 The Gerontolo- gist USA	Testung der Wirksamkeit von In- terventionen während des Badens Vergleich eines personenzentrier- ten Ansatzes mit Standardpflege beim Duschen bzw. Baden	quantitativ, RCT <i>The Caregiver Bath- ing Behavior Rating Scale</i> , adaptierte <i>Care Effectiveness Scale</i> , <i>Hassles Dur- ing Bathing Scale</i>	37 PflegehelferInnen assistier- ten 69 BewohnerInnen mit De- menz 15 Pflegeheime	Pflegepersonen zeigen während des As- sistierens beim Duschen bzw. Baden der BewohnerInnen fast immer Ruhe, Freund- lichkeit und Selbstvertrauen, aber wenig verbale Unterstützung.
Isaksson, Aström & Graneheim 2008 Journal of Clini- cal Nursing Schweden	Beleuchtung wie weibliche Pflege- personen Aggression wahrnehmen	qualitativ Interview qualitative Inhaltsana- lyse	41 weibliche Pflegepersonen: 33 diplomierte Pflegepersonen, 8 PflegehelferInnen 3 Pflegeheime	Pflegepersonen nehmen Aggression als herausfordernd, absichtlich, entschuldigbar, gewöhnlich und kontextabhängig wahr.

<b>AutorInnen, Journal, Land</b>	<b>Forschungsziel</b>	<b>Design, Messmethode</b>	<b>Population, Stichproben- größe*, Setting</b>	<b>Hauptergebnis</b>
Isaksson et al. 2011 Aging & Mental Health Schweden	Erhebung der Pflegesituationen, Charakteristika der BewohnerInnen und des Pflegemanagements zu aggressivem Verhalten	qualitativ-quantitativ strukturiertes Inter- view	135 Managementsituationen 40 Pflegeheime	Körperliche Aggression wird meist mittels Ablenkung, Medikation und Isolation be- wältigt. Das Team hält häufig Diskussio- nen über die BewohnerInnen mit aggres- sivem Verhalten ab.
Ko et al. 2012 Journal of Elder Abuse & Ne- glect Japan	Erhebung der Erfahrungen der Pflegepersonen zu aggressivem Verhalten	quantitativ Querschnittstudie Fragebogen	212 (von insgesamt 242) Pfl- gepersonen, Fragebogenaus- wertung von 170 Personen: 120 diplomierte Pflegeperso- nen, 50 PflegehelferInnen 7 Pflegeheime	66.2% der Pflegepersonen fühlt sich bei aggressivem Verhalten hilflos. Jemanden um Hilfe bitten ist als die häufigste Maß- nahme gesetzt worden.
Morgan et al. 2005 Journal of Psy- chiatric and Mental Health Nursing Kanada	Vergleich der Pflegepersonen von Heimen mit und ohne Demenzstati- on zu: Exposition zu störendem Verhalten von BewohnerInnen, Arbeitsbelastung und körperliche Aggression	quantitativ Querschnittstudie Fragebogen	355 PflegehelferInnen: 169 PflegehelferInnen von Nicht- Demenzstationen, 186 Pfl- gehelferInnen von Demenzstati- onen 8 Heime mit Demenzstation, 8 Heime ohne Demenzstation	PflegehelferInnen von Demenzstationen berichten signifikant weniger Belastungen durch aggressives Verhalten.
Morgan et al. 2012 Journal of Amer- ican Medical Directors Asso- ciation Kanada	Überprüfung der Perspektiven der Pflegepersonen zu Ereignissen mit aggressivem Verhalten von Be- wohnerInnen	quantitativ Querschnittstudie Tagebuchaufzeich- nungen aggressiver Vorfälle	83 (von insgesamt 679) Pfl- gehelferInnen berichteten 409 aggressive Vorfälle 11 ländliche Pflegeheime (8 mit Spezialeinrichtungen für De- menz, 3 ohne Spezialeinrich- tungen für Demenz)	PflegehelferInnen berichten, dass sie den Grund nur in 3% der aggressiven Vorfälle kontrollieren bzw. modifizieren können und dass sie nicht optimistisch sind, ag- gressive Vorfälle zukünftig vermeiden zu können.

AutorInnen, Journal, Land	Forschungsziel	Design, Messmethode	Population, Stichproben- größe*, Setting	Hauptergebnis
Oh, Eom & Kwon 2004 Journal of Korean Academy of Nursing Korea	Überprüfung der Häufigkeit und Art des aggressiven Verhaltens Überprüfung der Unterschiede der BewohnerInnen, die ein bzw. kein aggressives Verhalten zeigen Überprüfung der Reaktion der Pflegepersonen zu aggressivem Verhalten	quantitativ Querschnittstudie Fragebogen	60 diplomierte Pflegepersonen und PflegehelferInnen 2 private Pflegeheime	Der Großteil der Pflegepersonen reagiert inadäquat auf aggressives Verhalten.
Oh, Hur & Eom 2005 Journal of Korean Academy of Nursing Korea	Beschreibung der Arten und Häufigkeiten von aggressivem Verhalten bei Personen mit Demenz Entwicklung eines Schulungsprogramms zur Prävention und Management von Aggression Überprüfung des Effekts eines Schulungsprogramms	quantitativ Interventionsstudie <i>Aggressive Behavior Management Scale</i>	46 Pflegepersonen nahmen teil, 36 diplomierte Pflegepersonen und PflegehelferInnen wurden analysiert 1 privates, städtisches Pflegeheim	Die mittlere Punkteanzahl der Managementfähigkeiten der Pflegepersonen vor einem Schulungsprogramm beträgt 18.75 (SD=3.56).
Pulsford & Duxbury 2006 Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing Großbritannien	Diskussion der Literatur zu Aggression von Personen mit Demenz Hervorhebung der Implikationen für Pflegepraxis und Forschung	systematische Literaturübersicht	11 (von insgesamt 68) Artikel für diese Arbeit relevant Langzeitpflege	Pflegepersonen reagieren auf aggressives Verhalten mit medikamentösen und körperlichen Einschränkungen der BewohnerInnen.
Pulsford, Duxbury & Hadi 2011 Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing Großbritannien	Erhebung der Sichtweisen der Pflegepersonen zu Ursachen und effektives Aggressionsmanagement bei Demenz Erhebung der angewandten Strategien zu aggressivem Verhalten	quantitativ <i>Management of Aggression in People with Dementia Attitude Questionnaire, Staff Observation Aggression Scale</i>	36 (von insgesamt 52) Pflegepersonen: 15 diplomierte Pflegepersonen, 21 PflegehelferInnen 4 Pflegeheime mit insgesamt 6 Demenzstationen	Pflegepersonen wählen eher den zwischenmenschlichen Ansatz als Antwort auf Aggression, setzen moderat Medikamente ein und sind weitgehend gegen körperliche Einschränkungen. Aggressive Ereignisse werden weniger mit Ablenkung und Deeskalation bewältigt.

<b>AutorInnen, Journal, Land</b>	<b>Forschungsziel</b>	<b>Design, Messmethode</b>	<b>Population, Stichproben- größe*, Setting</b>	<b>Hauptergebnis</b>
Scott et al. 2011 International Journal of Older People Nursing Großbritannien	Überprüfung und Zusammenführung der Literatur zu Wahrnehmungen der Pflegepersonen und Auswirkungen von aggressivem Verhalten bei Demenz	systematische Literaturübersicht	10 (von insgesamt 14) Artikel für diese Arbeit relevant Langzeitpflege	Pflegepersonen empfinden aggressive Ereignisse als Kontrollverlust und sind weniger bereit Zeit mit den BewohnerInnen zu verbringen. Die häufigsten Reaktionen sind Ärger, Wut, Zorn, Frustration, emotionale Erschöpfung und reduzierte Leistung.
Skovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003a Journal of Clinical Nursing Schweden	Beleuchtung der Interaktionen zwischen Pflegepersonen und BewohnerInnen mit Demenz und aggressivem Verhalten Beleuchtung der Probleme mit dem Umgang dieses Verhaltens	qualitativ hermeneutischer Ansatz Aufzeichnungen von Videosequenzen	2 weibliche Bewohnerinnen 9 Pflegepersonen: 6 diplomierte Pflegepersonen, 3 PflegehelferInnen 2 Langzeitpflegestationen für Demenz	Pflegepersonen, welche Probleme beim Umgang mit Aggression berichten, fokussieren sich auf das Durchführen der Tätigkeit und dessen Vollendung. Pflegepersonen, welche zufrieden sind mit deren Fähigkeit, fokussieren sich darauf, wie sie das Ziel erreichen können.
Skovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b Aging & Mental Health Schweden	Reflexion über Einstellungen der Pflegepersonen zu aggressivem Verhalten Erhebung des Umgangs mit aggressivem Verhalten	qualitativ phänomenologischer- hermeneutischer Ansatz narrative Interviews	10 Pflegepersonen: 8 diplomierte Pflegepersonen, 2 PflegehelferInnen 2 Langzeitpflegeeinrichtungen für Demenz	Pflegepersonen empfinden BewohnerInnen mit Aggression sehr herausfordernd. Pflegepersonen fühlen sich kraftlos und frustriert.

\*Zahl der Stichprobengröße: außerhalb der Klammer: tatsächliche Anzahl der teilgenommenen Personen, innerhalb Klammer: Anzahl der rekrutierten Personen zur Teilnahme.

## 3.2 Einstellungen der Pflegepersonen zu Aggression

13 Studien haben die Einstellungen der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen untersucht. Die Einstellungen der Pflegepersonen können in folgende Kategorien eingeteilt werden: Häufigkeiten, Ursachen und Prävention der Aggression; subjektive Wahrnehmung der Aggression; Aggression als Herausforderung und Belastung; positive Einstellung zu Aggression; absichtliches aggressives Verhalten; Pflegebereitschaft bei aggressivem Verhalten bzw. fehlende Unterstützung bei aggressiven Vorkommnissen. Die Ergebnisse dieser Kategorien werden wie folgt dargestellt.

### 3.2.1 Häufigkeit, Ursachen und Prävention der Aggression

Mehr als Dreiviertel der Pflegepersonen (208/234, 88.8%) hat die Einstellung, dass BewohnerInnen mit Demenz aggressives Verhalten zeigen (Boström et al. 2011).

Zwei Studien haben die Einstellung zu der Häufigkeit des aggressiven Verhaltens und dessen Ursachen erhoben. Mehr als ein Viertel (27%) aller Pflegepersonen einer quantitativen Studie meint, dass körperliche Aggression häufiger als einmal pro Tag bei BewohnerInnen mit Demenz auftritt. 28% der Pflegepersonen sagen jedoch, dass aggressives Verhalten einmal pro Woche vorkommt. Diese Studie zeigt zusätzlich, dass Pflegepersonen, die jünger als 40 Jahre alt sind, ein signifikant höheres Auftreten von körperlicher Aggression berichten ( $\chi^2(2, n=243)=7.144, p\leq 0.05$ ). Die Anzahl der Arbeitsjahre in der Altenpflege zählt weiter als signifikanter Faktor: jene Pflegepersonen, welche mehr als fünf Jahre in der Altenpflege arbeiten, geben ein geringeres Auftreten von körperlicher Aggression von BewohnerInnen mit Demenz bekannt ( $\chi^2(2, n=245)=10.415, p\leq 0.01$ ) (Cubit et al. 2007).

Weiter berichten Pflegepersonen, welchen eine vertrauenswürdige Beziehung zu BewohnerInnen wichtig ist, weniger oft körperliche Aggression ( $p<0.05$ ). Jene Pflegepersonen, welche hingegen meinen, dass es wichtig ist Dienstpläne zu verbessern, erfahren mehr verbale Aggression von BewohnerInnen ( $p<0.05$ ) (Ko et al. 2012).

Pflegepersonen drücken bei einer qualitativen Studie aus, dass sie noch nie über mögliche Ursachen der Aggression reflektiert haben (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b). Das Ergebnis einer systematischen Übersichtsarbeit stellt aber dar, dass Pflegepersonen in spezialisierten Demenzeinrichtungen meinen, dass aggressives Verhalten zum Krankheitsprozess dazugehört (Scott et al. 2011).

Weiter zeigen zwei Studien, dass Pflegepersonen weitgehend meinen, dass die Ursachen des aggressiven Verhaltens in der unmittelbaren Situation liegen (Morgan et al. 2012; Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Pflegepersonen haben die Einstellung, dass BewohnerInnen aggressives Verhalten aufgrund folgender Gründe zeigen: die kognitive Beeinträchtigung der BewohnerInnen (34%), BewohnerInnen möchten keine Körperpflege (22%), BewohnerInnen möchten nicht positioniert/transferiert werden (8%), BewohnerInnen möchten nicht die Unabhängigkeit verlieren (6%), Agitiertheit/Gemütslage/Schmerz (jeweils 5%), Persönlichkeit der BewohnerInnen (4%) und andere (11%) (Morgan et al. 2012). Isaksson und KollegInnen (2008) kommen zu einem vergleichbaren Ergebnis. Pflegepersonen meinen hier, dass viele BewohnerInnen an Schmerz leiden und aggressiv sind, um sich selbst zu schützen. Pflegepersonen machen sich zusätzlich selbst für das Auftreten des aggressiven Verhaltens verantwortlich (ebenda.). Pflegepersonen meinen, dass eine weitere Ursache der Aggression darin liegt, dass BewohnerInnen die Pflegetätigkeit per se nicht verstehen (Median=13, SD=28) (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Des Weiteren meinen sie, dass aggressives Verhalten die Konsequenz der Vernachlässigung, des Mangels an Stimulation und Disbalance ihrer Bedürfnisse ist. Pflegepersonen erwähnen auch, dass KollegInnen nicht kompetent genug sind und dadurch aggressives Verhalten auslösen (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b).

Drei Studien zeigen die Einstellungen der Pflegepersonen zu Aggressionsprävention auf. Pflegepersonen drücken bei einer qualitativen Studie aus, dass sie noch nie über mögliche Strategien zur Aggressionsprävention reflektiert haben (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b). Bei einer aktuellen Studie gibt aber mehr als die Hälfte (53%) der Pflegepersonen an, dass sie nicht optimistisch sind, Aggression von BewohnerInnen vorbeugen zu können. Lediglich 2.7% der Pflegepersonen beurteilt die Vorbeugung aggressiver Vorfälle als sehr optimistisch. Sie berichten zusätzlich, dass sie in 3% der Vorfälle den Grund kontrollieren beziehungsweise modifizieren können (Morgan et al. 2012). Mögliche Strategien zur Prävention werden in einer anderen Studie aufgezeigt. PflegehelferInnen meinen, dass Medikationsgabe (39%), verschiedene Pflegeansätze anwenden (24%), keine Pflegeaktivität verrichten und BewohnerIn alleine lassen (19%), mehr Personal und Zeit haben (11%) und andere Strategien (7%) (z.B. anders kleiden oder die Umgebung verändern) helfen würden, um diese Situation zukünftig zu vermeiden (Morgan et al. 2012). Einige Pflegepersonen, die bei BewohnerInnen eine Balance erreichen wollen, meinen, dass permanente und immer wiederkehrende Routinen essentiell für die Vermeidung des aggressiven Verhaltens sind. Pflegeper-

sonen betonen bei derselben Studie die Notwendigkeit, Pflegetätigkeiten auszuführen, auch wenn es zu einem Ausbruch von aggressivem Verhalten kommt (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b).

### **3.2.2 Subjektive Wahrnehmung der Aggression**

Eine qualitative Studie kommt zum Ergebnis, dass die Wahrnehmung der Aggression subjektiv empfunden wird. Jede Pflegeperson hat eine eigene Interpretation zur Definition von Aggression. Zusätzlich variiert der Grad der Aggressionstoleranz zwischen verschiedenen Pflegepersonen. Ob eine Aktion als Aggression oder nicht als Aggression angesehen wird, hängt davon ab, wo diese stattfindet. Während Aggression in der Arbeit akzeptiert wird, werden ähnliche Handlungen außerhalb der Arbeit als gewalttätiger Akt betrachtet. Pflegepersonen erwähnen auch, dass es schwer ist, gewalttätige Handlungen bei älteren BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen als Aggression anzusehen. Dies weist darauf hin, dass Pflegepersonen mehr Aggression bei BewohnerInnen mit Demenz akzeptieren (Isaksson, Aström & Graneheim 2008).

### **3.2.3 Aggression als Herausforderung und Belastung**

BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten zählen zu den schwierigsten zu betreuenden Personen laut Pflegepersonen (Boström et al. 2011; Brodaty, Draper & Low 2003; Cubit et al. 2007). 161 (77%) von 209 Pflegepersonen stimmen zu, dass Aggression in der alltäglichen Pflege bei BewohnerInnen mit Demenz schwierig bzw. ziemlich schwierig handzuhaben ist und als belastend empfunden wird (Boström et al. 2011; Brodaty, Draper & Low 2003). Das aggressive Verhalten stört zudem am meisten den alltäglichen Betrieb (Rang 5 von 10, MW=4.63, Median=4) (Cubit et al. 2007). Pflegepersonen nehmen Aggression somit als herausfordernd wahr (Isaksson, Aström & Graneheim 2008; Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b). Die Herausforderung liegt in der Art und Weise wie Pflegepersonen aggressives Verhalten wahrnehmen. Aggression wird als schmerzvoll und Zeichen hinterlassend (z.B. Blutergüsse am Körper) empfunden. Eine weitere herausfordernde Situation ist es, wenn Pflegepersonen sich bedroht fühlen und ihre eigene Sicherheit als unklar empfinden. Sie meinen, dass sie sich nicht mehr länger angemessen schützen können (Isaksson, Aström & Graneheim 2008). Die systematische Übersichtsarbeit von Scott und KollegInnen (2011) zeigt zudem, dass Pflegepersonen aggressive Ereignisse als Kontrollverlust empfinden (ebenda.). Dies bestätigt eine aktuelle Studie, bei welcher ein Großteil (35.7%) der Pflegepersonen meint, dass sie die Situation nicht kontrollieren können. Lediglich 11%

der PflegehelferInnen meinen, dass sie die Situation unter Kontrolle haben (Morgan et al. 2012). Brodaty und KollegInnen (2003) kommen daher zum Ergebnis, dass Pflegepersonen BewohnerInnen mit Demenz mehr negativ als positiv wahrnehmen (ebenda.). Jedoch berichten PflegehelferInnen von Demenzstationen signifikant weniger Belastung durch aggressives Verhalten im Gegensatz zu Nicht-Demenzstationen (Demenzstation: n=166, MW=52.2, SD=12.4; Nicht-Demenzstation: n=154, MW=57.7, SD=12.5,  $p<0.001$ ; Punktezah: Minimum 20, Maximum 80, je höher desto mehr Belastung). Pflegepersonen von Demenzstationen empfinden auch weniger Belastung durch aggressives Verhalten während der Pflegeaktivitäten (Demenzstation: n=136, MW=56.2, SD=16.8; Nicht-Demenzstation: n=117, MW=61.3, SD=16.6,  $p<0.0$ ; Punktezah: Minimum 16, Maximum 96) (Morgan et al. 2005).

### 3.2.4 Positive Einstellung zu Aggression

Chrzescijanski und KollegInnen (2007) haben mit der *Attitude to Elderly and Severely Mentally Infirm Care Scale* die Einstellungen der Pflegepersonen zu Pflegemanagement bei BewohnerInnen mit Demenz untersucht. Die Einstellungen der Pflegepersonen sind durchgehend positiv (MW=19.92, SD=3.11) (ebenda.). Insbesondere Pflegepersonen, welche älter, eine höhere Ausbildung und/oder eine höhere Position aufweisen, haben positivere Einstellungen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011).

### 3.2.5 Absichtliches aggressives Verhalten

Zwei systematische Übersichtsarbeiten kommen zum Ergebnis, dass Pflegepersonen ambivalente Einstellungen haben, ob BewohnerInnen mit Demenz absichtlich bzw. unabsichtlich aggressives Verhalten zeigen (Pulsford & Duxbury 2006; Scott et al. 2011). Dies bestätigen weitere Studien (Boström et al. 2011; Isaksson, Aström & Graneheim 2008). Boström und KollegInnen (2011) zeigen, dass Pflegepersonen meinen, dass den BewohnerInnen das aggressive Verhalten gegenüber Pflegepersonen nicht bewusst ist (ebenda.). Sie erwähnen, dass diese BewohnerInnen unbewusst aggressiv sind, da diese durch Verwirrung nicht wissen, was sie tun. Allerdings beschreiben andere Pflegepersonen, dass Personen mit Demenz absichtlich gewalttätig sind (Isaksson, Aström & Graneheim 2008). Ein Großteil der Pflegepersonen bestätigt, dass Aggression absichtlich von BewohnerInnen angewandt wird. Aggressive Vorfälle werden als persönliche Attacke auf Pflegepersonen gesehen (Scott et al. 2011).

### 3.2.6 Pflegebereitschaft bei aggressivem Verhalten

Pflegepersonen haben die Einstellung, dass BewohnerInnen trotz aggressivem Verhalten eine gute Pflegeversorgung erhalten. Sie meinen des Weiteren, dass es wichtig ist, die BewohnerInnen versuchen zu verstehen (Brodaty, Draper & Low 2003). Zwei systematische Übersichtsarbeiten zeigen hingegen andere Ergebnisse bezüglich der Einstellung zu Pflegebereitschaft. Scott und KollegInnen (2011) kommen zum Ergebnis, dass Pflegepersonen wenig positive Einstellungen aufweisen, BewohnerInnen zu helfen (ebenda.). Pulsford und Duxbury (2006) bekräftigen, dass Pflegepersonen weniger bereit sind zu helfen, wenn sie glauben, dass das aggressive Verhalten mit Absicht eingesetzt wird (ebenda.). Einige Pflegepersonen sind beispielsweise weniger bereit, Zeit mit BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten zu verbringen (Scott et al. 2011). 14.4% (n=20) der Pflegepersonen geben bei einer Fragebogenerhebung an, dass sie die Pflegebereitstellung bei aggressivem Verhalten der BewohnerInnen beenden möchten (Ko et al. 2012). Andere Pflegepersonen haben hingegen die Einstellung, dass Aggression alltäglich, entschuldigbar und ein Teil von ihrer Arbeit ist. Aufgrund des häufigen Auftretens des aggressiven Verhaltens wird es nicht mehr als Aggression angesehen (Isaksson, Aström & Graneheim 2008). Dies wird in einer weiteren Studie bestätigt (Cubit et al. 2007). In dieser Studie geben drei Pflegepersonen bei einem Fragebogen an, dass sie aggressives Verhalten bei BewohnerInnen mit Demenz akzeptieren und dieses nicht zur Verzweiflung führt, da es Teil der täglichen Arbeit ist (ebenda.). Die Gründe dafür sind, dass die BewohnerInnen alt sind, eine Gehirnschädigung haben und kognitiv beeinträchtigt sind. Aufgrund dessen sollen sie nicht dafür verantwortlich gemacht werden (Isaksson, Aström & Graneheim 2008). Die Sichtweise, dass aggressives Verhalten eine relativ kleine Unannehmlichkeit des Jobs ist, wird jedoch nicht von jenen geteilt, die aggressives Verhalten erfahren haben (Pulsford & Duxbury 2006).

### 3.2.7 Fehlende Unterstützung bei aggressiven Ereignissen

Beinahe die Hälfte der PflegehelferInnen (47.6%) berichtet, dass die Pflegetätigkeiten bei BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten einen moderaten bis starken Einfluss auf deren Arbeitszufriedenheit hat (Morgan et al. 2012). Pflegepersonen verlangen deshalb mehr Unterstützung, da sie der Meinung sind, dass Vorgesetzte ein fehlendes Bewusstsein zu Aggression besitzen. Vorgesetzte sollen aggressiven Vorkommnissen mehr Aufmerksamkeit schenken und diese Thematik reflektieren (Boström et al. 2011; Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b). Pflegepersonen haben manchmal

nicht ausreichend Zeit, um sich den BewohnerInnen zu widmen und ihre Fragen zu beantworten. Sie fühlen sich von Vorgesetzten ignoriert und nicht ernst genommen (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b). Zudem werden eingesetzte Versorgungsmodelle als unangemessen empfunden. Pflegepersonen haben zusätzlich die Einstellung, dass BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten auf anderen Stationen betreut werden sollen, welche auf aggressives Verhalten spezialisiert sind (Boström et al. 2011). Einerseits berichten Pflegepersonen, dass sie ein positives Arbeitsklima innerhalb der Gruppe haben und sich von KollegInnen unterstützt fühlen. Sie empfinden dies als wichtig, um mit Aggression umgehen zu können. Andererseits meinen Pflegepersonen, dass sie sich nicht von KollegInnen unterstützt fühlen. Diese Unstimmigkeit ist laut Scovdahl und KollegInnen (2003b) auf die hierarchische Struktur zwischen Pflegepersonen mit langer versus kurzer beruflicher Erfahrung zurückzuführen (ebenda.). Des Weiteren fühlen sich Pflegepersonen in herkömmlichen Pflegeheimen zu wenig professionell von ihren Vorgesetzten unterstützt und sind sich nicht über ihre Rolle klar. Sie haben ein niedrigeres Wohlbefinden und sind im Vergleich zu Pflegepersonen auf Demenzstationen mit ihrer Arbeit weniger zufrieden (Scott et al. 2011).

### 3.3 Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression

Zwei qualitative Studien, eine qualitative-quantitative Studie, acht quantitative Studien und die drei systematischen Übersichtsarbeiten haben das Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen untersucht. Das Verhalten der Pflegepersonen kann sich einerseits auf die durchgeführten Maßnahmen und andererseits auf emotionale Reaktionen beziehen.

Eine quantitative Studie hat ergeben, dass keine Maßnahmen in beinahe der Hälfte (44.3%, n=35) der aggressiven Ereignisse getroffen werden (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Dies bestätigt eine weitere Studie, bei welcher aggressive Ereignisse bei mehr als der Hälfte (62.8%, n=61) keine Konsequenzen zur Folge gehabt haben (Aström et al. 2004). Bei einer quantitativen Studie sind nur in einer Situation keine Maßnahmen unternommen worden. Häufig werden hingegen mehrere Interventionen bei einer Situation gesetzt (Isaksson et al. 2011).

#### 3.3.1 Medikamentöse und körperliche freiheitseinschränkende Maßnahmen

Eine systematische Literaturübersicht zeigt, dass körperliche Einschränkungen im Bereich der Langzeitpflege häufig angewandt werden (Pulsford & Duxbury 2006). Vor allem Pflegepersonen mit negativen Einstellungen wenden medikamentöse und/oder körperliche Maßnahmen häufiger an als Pflegepersonen mit positiven Einstellungen (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011). Die Häufigkeit der Anwendung von medikamentösen und körperlichen Maßnahmen wird in mehreren Studien untersucht. Eine Studie kommt zum Ergebnis, dass 32.6% (n=44) der BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten mit zusätzlichen Medikamenten behandelt werden bzw. körperliche Einschränkungen (4.4%, n=6) zur Anwendung kommen (Isaksson et al. 2011). Eine weitere Studie zeigt, dass pharmakologische Maßnahmen bei BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten bei 14.4% (n=14) der Ereignisse eingesetzt werden (Aström et al. 2004). Anwendungen von freiheitseinschränkenden Maßnahmen werden bei BewohnerInnen mit Aggression bei 23.3% häufig, bei 31.7% selten und bei 30% nie angewandt (Oh, Eom & Kwon 2004). Körperliche Einschränkungen sind bei einer weiteren Studie in neun von insgesamt 79 Vorfällen und medikamentöse Maßnahmen einmal angewandt worden (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Enmarker und KollegInnen (2011) kommen zum Ergebnis, dass mechanische Maßnahmen in speziellen Demenzzentren weniger verwendet werden als in allgemeinen Einrichtungen, wohin-

gegen Maßnahmen, wie z.B. körperliche Retention oder Eingesperrt-Sein in einem Raum, häufiger in spezialisierten Einrichtungen eingesetzt werden (ebenda.).

Pflegepersonen fühlen sich zudem gut vorbereitet, um BewohnerInnen mit Aggression mit medikamentösen Maßnahmen, zu therapieren (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011). Pflegepersonen meinen sogar, dass BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten zu ihrer eigenen Sicherheit körperlich eingeschränkt werden sollen (Median=75, SD=36). Des Weiteren geben sie an, dass körperliche Einschränkungen mehr als notwendig sind (Median=94, SD=17) (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Allerdings werden körperliche Einschränkungen laut systematischer Literaturübersichten als letzter Ausweg gesehen (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011; Pulsford & Duxbury 2006).

### 3.3.2 Ignorieren und isolieren

Zu einer weiteren Maßnahme zählt das Ignorieren. Pflegepersonen ignorieren häufig die bevorstehenden körperlichen Aggressionen bei BewohnerInnen mit Demenz (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011; Oh, Eom & Kwon 2004). Die Aggression wird von einigen Pflegepersonen sogar verleugnet, um BewohnerInnen zu schützen (Scott et al. 2011).

Zusätzlich zeigen vier Artikel, dass die Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten von Pflegepersonen ignoriert werden (Aström et al. 2004; Scott et al. 2011; Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003a). Dazu zählen keine Antwort auf Fragen zu geben bzw. Essen und Kaffee zuerst zu anderen BewohnerInnen zu bringen (Aström et al. 2004). Des Weiteren sind einige Pflegepersonen weniger bereit Zeit mit den BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten zu verbringen (Scott et al. 2011). Die BewohnerInnen müssen sich an die Entscheidungen der Pflegepersonen anpassen (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003a). Eine qualitative Studie kommt zum Ergebnis, dass Pflegepersonen die Proteste der BewohnerInnen ignorieren, um eine Pflegemaßnahme durchzuführen (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003a). Bei einem Großteil der aggressiven Vorfälle (89%) wurde mit der Pflgetätigkeit bei BewohnerInnen fortgefahren (Morgan et al. 2012). Pflegepersonen, welche von Schwierigkeiten mit aggressivem Verhalten bei BewohnerInnen mit Demenz berichten, fokussieren sich auf die Vollendung der Pflgetätigkeit (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011). Pflegepersonen, welche jedoch zufrieden mit deren Leistung waren, konzentrieren sich darauf, wie sie ihr Ziel erreichen können (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011).

Die Isolation ist als eine weitere Maßnahme zu nennen. Beispielsweise werden BewohnerInnen in einen eigenen Raum gebracht (Aström et al. 2004, Isaksson et al. 2011). Bei einer weiteren Studie sind bei einem Viertel der aggressiven Vorkommnisse die/der BewohnerIn vom Ort des Zwischenfalls weggebracht worden (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Eine andere Studie zeigt, dass es BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten nicht erlaubt gewesen ist, am Tisch mit anderen BewohnerInnen zu sitzen (Aström et al. 2004). Oh und KollegInnen (2004) kommen zum Ergebnis, dass 13.3% der Pflegepersonen häufig und 31.7% selten die BewohnerInnen und die Situation verlassen (ebenda).

Zwei Studien zeigen, dass Pflegepersonen mit der Aussprache von Mahnungen auf das aggressive Verhalten reagieren (Aström et al. 2004; Scott et al. 2011). Bei 8.2% (n=8) der Vorkommnisse sind Verwarnungen erteilt worden (Aström et al. 2004).

### **3.3.3 Verhaltensbezogene, personenzentrierte Maßnahmen**

Pflegepersonen, die mehrere nicht-medikamentöse Techniken anwenden, weisen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit erfolgreiches Management auf. Pflegepersonen, welche einen personenzentrierten Ansatz gegenüber BewohnerInnen anwenden, haben auch positivere Erfahrungen und Einstellungen zu Aggressionsmanagement (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011). Die verhaltens- und personenbezogenen Maßnahmen werden von Pflegepersonen auch angepriesen (ebenda.; Pulsford, Duxbury & Hadi 2011), denn sie lenken das aggressive Verhalten auf Ruhe um (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011). 10% der Pflegepersonen berichten in einer Studie, dass sie mit Ruhe und Empathie der Aggression zuvorkommen (Morgan et al. 2012).

Bei einer Interventionsstudie sind vor Einführung der Intervention, die Ruhe der Pflegeperson während des Assistierens beim Baden der BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten gemessen worden: In drei verschiedenen Gruppen sind die Mittelwerte bei 3.38 (SD=1.51), 3.26 (SD=1.07) und 3.89 (SD=0.60) (Interpretation der Punktzahl: 1=keine, 2=ein bisschen, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel Ruhe) gelegen (Hoeffler et al. 2006). Eine weitere Studie zeigt, dass nur 15% der Pflegepersonen versucht geduldig zu bleiben. Mehr als die Hälfte (53.3%) der Pflegepersonen versucht hingegen, selten geduldig zu bleiben (Oh, Eom & Kwon 2004).

Mit den BewohnerInnen zu kommunizieren wird als effektiver Weg beim Aggressionsmanagement (Median=15, SD=27) von Pflegepersonen angesehen (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Bei der Überprüfung der verbalen Unterstützung durch Pflege-

personen liegen die Mittelwerte von drei Gruppen bei 2.61 (SD=0.76), 2.81 (SD=0.43) und 2.73 (SD=0.50) (Interpretation der Punktezahl: 1=keine, 2=ein bisschen, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel verbale Unterstützung) (Hoeffler et al. 2006).

Bei einer qualitativen Studie zeigen Pflegepersonen bei Videoaufnahmen unterschiedliche Arten der Interaktion. Negative Interaktionen, bei welchen ein hohes Maß an Aggression auftritt, entstehen, wenn die weibliche Bewohnerin und die Pflegepersonen nicht in Kommunikation oder im Dialog miteinander sind und die weibliche Bewohnerin negiert wird. Viele Interaktionen zeigen Kooperationen zwischen der Bewohnerin und Pflegepersonen. Diese Pflegepersonen arbeiten auf einem flexiblen Weg, um die Tätigkeit fertigzustellen. Dialoge mit der weiblichen Bewohnerin führen, über die Tätigkeiten der Pflegepersonen informieren und über die nächsten Schritte Auskunft geben, zeigt sich als wiederholende Interaktion. Diese Pflegepersonen zeigen auch Engagement und Wärme während der Tätigkeit. Der weiblichen Bewohnerin wird zugehört und ernsthaft gegenübergetreten. Die weibliche Bewohnerin ist durch Informationsgabe verbal und non-verbal respektiert und involviert worden. Wenn die Bedürfnisse jedoch nicht erkannt werden, reagiert die weibliche Bewohnerin mit aggressivem Verhalten (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003a).

Eine verbesserte Beziehung zwischen Pflegenden und BewohnerInnen kann Aggressionen reduzieren (Median=10, SD=25). Zwischenmenschliche Maßnahmen, z.B. ein Gespräch mit den BewohnerInnen führen, Ablenkung und Beruhigung der BewohnerInnen oder keine körperliche Reaktion zeigen, wurden bei mehr als der Hälfte der aggressiven Ereignisse (65.4%) gewählt. Ablenkung (Median=14, SD=28) wird als hilfreiche Methode für Aggressionsmanagement von Pflegepersonen genannt (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). In einer weiteren Studie wird die Ablenkung der BewohnerInnen als eine der häufigsten Interventionen (n=56, 41.5%) erwähnt (Isaksson et al. 2011).

Wie viel Freundlichkeit und Selbstvertrauen Pflegepersonen bei der Pflege von BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten besitzen, ist von Hoeffler und KollegInnen (2006) untersucht worden. Die Messung der Freundlichkeit der Pflegepersonen bei aggressiven Ereignissen ergibt in drei Gruppen Mittelwerte von 4.44 (SD=1.09), 4.53 (SD=0.72) und 4.17 (SD=0.89) (Interpretation der Punktezahl: 1=keine, 2=ein bisschen, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel Freundlichkeit). Die Messung des Selbstvertrauens beinhaltet die Selbstsicherheit in der Geschicklichkeit der Durchführung der Pflege, sich in der Erledigung von Dingen sicher zu fühlen, sich vorbereitet zu fühlen in der

Versorgung der BewohnerInnen, das Empfinden einen guten Job geleistet zu haben und das Gefühl von Selbstbewusstsein. Die Messung des Selbstvertrauens der Pflegepersonen ergibt in drei Gruppen Mittelwerte von 4.45 (SD=0.72), 4.14 (SD=0.68) und 4.42 (SD=0.52) (Interpretation der Punktezahl: 1=keine, 2=ein bisschen, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel Selbstvertrauen) (ebenda.).

### **3.3.4 Besprechung und Berichterstattung von aggressiven Ereignissen**

Kontroverse Ergebnisse zeigen die Studien zur Besprechung und Berichterstattung von aggressiven Ereignissen.

Ein Großteil der TeilnehmerInnen (87.6%, n=85) einer Studie berichtet, dass eine informelle Diskussion mit KollegInnen die häufigste Strategie ist, um Emotionen zu aggressiven Vorkommnissen zu bewältigen. Formelle Diskussionen im Arbeitsteam (13.4%, n=13) oder individuelle Kommunikation mit SupervisorInnen (8.2%, n=8) werden weniger in Anspruch genommen (Aström et al. 2004). Diskussionen im Arbeitsteam (42.2%, n=57), Diskussionen bei der Arztvisite (21.5%, n=29), Berichte an SupervisorInnen (18.5%, n=25) werden bei Isaksson und KollegInnen (2011) häufiger als Maßnahme gesetzt (ebenda.). Eine Studie zeigt, dass nur 6% der Pflegepersonen KollegInnen um Hilfe fragen (Morgan et al. 2012). Um Hilfe bitten wird in einer anderen Studie jedoch (34.5%, n=48) als häufigste Copingstrategie genannt. Nur ein Viertel (23.7%, n=33) der TeilnehmerInnen hat aggressives Verhalten dokumentiert (Ko et al. 2012). Eine andere Studie zeigt jedoch, dass von 141 aggressiven Vorkommnissen 111 (79%) offiziell berichtet worden sind. Insbesondere Pflegepersonen mit höherer Bildung haben aggressive Vorkommnisse offiziell häufiger an registrierte Pflegepersonen oder- managerInnen berichtet (Boström et al. 2011).

Weitere berichtete Strategien sind Aufstockung des Personals (2.1%, n=2) und das Recht auf vorübergehend mehr Personal (1%, n=1) (Aström et al. 2004). Auch bei einer anderen Studie wird das Anstellen von zusätzlichen Pflegepersonen (11.1%, n=15) genannt (Isaksson et al. 2011). In einer weiteren Studie berichtet keine Pflegeperson von irgendeiner Art von Maßnahme, z.B. Vorbeugung, um nicht alleine zu arbeiten bzw. Projekte zum Umfeld sowie interne Schulungen mit der Zielsetzung gewalttätige Vorkommnisse besser zu bewältigen (Aström et al. 2004).

### 3.3.5 Emotion der Frustration bis hin zur Angst

Das Auftreten von negativen Gefühlen steht im Vordergrund als emotionale Reaktion (Pulsford & Duxbury 2006; Scott et al. 2011). Körperliche Aggression der BewohnerInnen wird von Pflegepersonen als die häufigste Verhaltensart genannt, welche persönliche Verzweiflung bei ihnen hervorruft (Rang 1 von 10, MW=3.56, SD=3.0) (Cubit et al. 2007). Zu emotionalen Reaktionen zählen Frustration, Hilflosigkeit, Kraftlosigkeit, Angst, Irritation bis hin zu Aggression. Diese Reaktionen werden im kommenden Absatz näher beleuchtet.

Pflegepersonen reagieren auf aggressive Ereignisse häufig mit Frustration (Scott et al. 2011; Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b). Beispielsweise haben bei einer Studie 30% der Pflegepersonen das Gefühl der Frustration gezeigt (Morgan et al. 2012).

Weiter wird die Hilflosigkeit häufig erwähnt. Eine systematische Literaturübersicht zeigt auf, dass sich ein Drittel der Pflegepersonen bei aggressivem Verhalten der BewohnerInnen mit Demenz hilflos fühlt (Scott et al. 2011). „*Nicht zu wissen was sie tun sollen bei aggressivem Verhalten*“ berichten 20% der Pflegepersonen oft und 35% der Pflegepersonen selten (Oh, Eom & Kwon 2004). Morgan und KollegInnen (2012) zeigen hingegen auf, dass nur 6% der Pflegepersonen mit Hilflosigkeit reagieren (ebenda.). Eine aktuelle Studie kommt zum Ergebnis, dass 66.2% (n=92) der Pflegepersonen meinen, dass sie sich hilflos fühlen (Ko et al. 2012).

Pflegepersonen fühlen sich zusätzlich kraftlos (Scott et al. 2011; Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b). Kraftlosigkeit und *sich beschimpft fühlen* wird von 17.5% (n=17) der Pflegepersonen in einer Studie berichtet (Aström et al. 2004). Die systematische Literaturübersicht von Pulsford und Duxbury (2006) ergibt, dass Pflegepersonen beachtlichen Stress bis hin zu Burnout als Ergebnis von aggressivem Verhalten erfahren. Die Aggression der BewohnerInnen führt bei Pflegepersonen zu Stress und andauernde Aggression zu emotionaler Erschöpfung (ebenda.). Weiter zeigt ein Viertel der befragten Pflegepersonen einer Studie emotionale Erschöpfung und reduzierte Leistung. Zusätzlich wird aufgezeigt, dass die Hälfte der Befragten vorsichtiger bei der Pflege der BewohnerInnen ist und ein Viertel hat weniger Freude an der Arbeit. Damit ist eine verminderte persönliche Arbeitsleistung verbunden (Scott et al. 2011).

Bei weiteren Studienergebnissen zählen Nervosität und Angst (14%) (Morgan et al. 2012) bzw. Traurigkeit (36%) (Scott et al. 2011) zu den häufigsten emotionalen Reaktionen der Pflegepersonen (ebenda.). Einige Pflegepersonen (16.5%, n=16) erwähnen

Angst oder haben das Gefühl von Resignation (10.3%, n=10) in der aggressiven Situation (Aström et al. 2004).

### 3.3.6 Emotion der Ärger und Aggression

Eine Studie ergibt, dass knapp die Hälfte (48.3%) der Pflegepersonen BewohnerInnen wie Kinder behandeln. Zusätzlich reagieren Pflegepersonen (25%) mit Beschimpfungen. Jedoch konfrontieren oder beschuldigen Pflegepersonen BewohnerInnen selten (43.3%) bzw. nie (35%) (Oh, Eom & Kwon 2004).

Bei einem Viertel (n=18) der aggressiven Ereignisse fühlen sich Pflegepersonen verärgert bzw. bedroht (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Eine systematische Literatürübersicht zeigt, dass die häufigste Reaktion auf Aggression von BewohnerInnen Ärger, Wut und Zorn ist (Scott et al. 2011). Bei zwei aktuellen Studien reagieren 7% (Morgan et al. 2012) bzw. 36% (n=50) der Pflegepersonen mit Ärger (Ko et al. 2012). Vor allem weniger qualifizierte Pflegepersonen fühlen sich eher verletzt und wütend und reagieren selbst mit Antipathie, Wut und Aggression. Diese emotionale Belastung durch aggressives Verhalten der BewohnerInnen wirkt sich auf die Pflegepersonen aus, indem sie selbst negativ bzw. aggressiv reagieren (Pulsford & Duxbury 2006). Pflegepersonen erwähnen auch Ärger gegenüber Personen, welche Entscheidungsmacht besitzen (Scott et al. 2011).

Zu weiteren emotionalen Verhaltensweisen der Pflegepersonen bei Aggression zählen Irritation (38%) (Scott et al. 2011) bzw. Schock und Überraschung (6%) (Morgan et al. 2012). Bei einer weiteren Studie berichtet ein Viertel der Pflegepersonen (25.8%, n=25) mit Überraschung in der gewalttätigen Situation reagiert und ein weiteres Viertel (24.7%, n=24) Antipathie empfunden zu haben (Aström et al. 2004).

### **3.4 Methodologische Qualität der Studien**

Dieser Abschnitt der Ergebnispräsentation zeigt die methodologische Qualität der eingeschlossenen Studien auf. Die ausführlichen kritischen Beurteilungen der eingeschlossenen Studien sind im Anhang 2 alphabetisch zu finden.

#### **3.4.1 Methodologische Qualität der qualitativen Studien**

Die eingeschlossenen, qualitativen Studien weisen im Gesamten eine hohe Qualität auf (siehe Tabelle im Anhang 3). Zu den Stärken der qualitativen Studien zählen unter anderem die Aufstellung eines theoretischen Rahmens, die transparente Beschreibung der Methodik und die ausführlichen ethischen Überlegungen (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003a; Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b). Isaksson und KollegInnen (2008) stärken insbesondere die Vertrauenswürdigkeit der Interviewdaten durch standardisierte Fragen, transparentes Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse, Diskussion der Ergebnisse mit anderen ForscherInnen und Untermauerung der Ergebnisse mit direkten Zitaten. Zu den Schwächen der Studie zählen hingegen die fehlenden Angaben zum theoretischen Rahmen und Setting (ebenda).

#### **3.4.2 Methodologische Qualität der quantitativen Studien und der qualitativen-quantitativen Studie**

Die quantitativen Studien und die qualitative-quantitative Studie zeigen eine hohe Variabilität in der Studienqualität (siehe Tabelle im Anhang 3). Nur zwei quantitative Studien definieren Konzepte (z.B. Aggression) (Aström et al. 2004; Oh, Hur & Eom 2005). Drei Studien beschreiben einen theoretischen Rahmen (Ko et al. 2012; Morgan et al. 2012; Oh, Hur & Eom 2005). Das methodische Vorgehen (z.B. Interviews, Datensammlung) wird in fünf Studien mit hoher Qualität beschrieben (Aström et al. 2004; Hoeffler et al. 2006; Ko et al. 2012; Oh, Eom & Kwon 2004; Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Zu einer weiteren Stärke von fünf Studien zählt, dass die verwendeten Instrumente mit psychometrischen Eigenschaften beschrieben werden (Boström et al. 2011; Brodaty, Draper & Low 2003; Chrzescijanski, Moyle & Creedy 2007; Hoeffler et al. 2006; Isaksson et al. 2011). Sehr ausführliche Implikationen für die Praxis stellen zwei Studien dar (Morgan et al. 2005; Morgan et al. 2012).

Als häufigste Schwäche ist die niedrige Rücklaufquote bzw. TeilnehmerInnenzahl der eingeschlossenen Studien zu nennen (Aström et al. 2004; Boström et al. 2011; Chr-

zescijanski, Moyle & Creedy 2007; Cubit et al. 2007; Morgan et al. 2005; Morgan et al. 2012; Oh, Hur & Eom 2005), welche die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Eine weitere wiederkehrende Schwäche der Studien ist, dass keine bzw. unzureichende Angaben zur Testung der verwendeten Instrumente bzw. Fragebögen enthalten sind (Cubit et al. 2007; Ko et al. 2012; Morgan et al. 2005; Morgan et al. 2012; Oh, Eom & Kwon 2004; Oh, Hur & Eom 2005; Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Des Weiteren fehlen häufig die Angaben von p-Werten (Aström et al. 2004; Boström et al. 2011; Cubit et al. 2007; Morgan et al. 2005; Morgan et al. 2012). Zu weiteren Schwächen zählen beispielsweise die fehlende Diskussion mit anderer Literatur (Brodaty, Draper & Low 2003; Hoeffler et al. 2006), unzureichende Implikationen für die Praxis (Brodaty, Draper & Low 2003; Chrzescijanski, Moyle & Creedy 2007; Isaksson et al. 2011) bzw. fehlende Angaben zur Genehmigung der Studie durch die Ethikkommission (Hoeffler et al. 2006; Ko et al. 2012; Oh, Eom & Kwon 2004; Oh, Hur & Eom 2005).

### **3.4.3 Methodologische Qualität der systematischen Literaturübersichten**

Die drei systematischen Literaturübersichten weisen im Allgemeinen eine moderate bis mangelhafte Qualität auf (siehe Tabelle im Anhang 3). Alle drei systematischen Übersichtsarbeiten präzisieren die Fragestellung unzureichend. Dies spiegelt sich in der Ergebnisdarstellung der eingeschlossenen Artikel, welche sehr heterogen sind, wider. Zusätzlich stellen alle drei Übersichtsarbeiten die Ergebnisse narrativ und ohne statistische Tests und Zahlen dar (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011; Pulsford & Duxbury 2006; Scott et al. 2011). Sowohl die Übersichtsarbeit von Enmarker und KollegInnen (2011), als auch von Pulsford und Duxbury (2006) haben Forschungsartikel eingeschlossen, deren Ergebnisse sich nicht nur auf die Langzeitpflege bzw. auf Pflegepersonen beziehen. Dies widerspricht sich mit dem Forschungsziel der jeweiligen Übersichtsarbeit.

Die Stärke der Artikel von Enmarker und KollegInnen (2011) bzw. von Scott und KollegInnen (2011) ist, dass das methodische Vorgehen bei der Literaturrecherche und die Auswahl der eingeschlossenen Studien im Detail beschrieben werden. Die Studien werden tabellarisch mit den Eckdaten dargestellt (ebenda.). Bei Pulsford und Duxbury (2006) fehlen jedoch Angaben zu dem Zeitraum der Suche, den Limitationen bei der Suche, den Ein- und Ausschlusskriterien, der Handsuche, der kritischen Bewertung und der methodologischen Qualität der eingeschlossenen Studien (ebenda.).

## Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war, das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen zu beschreiben. Dafür wurden 19 Artikel aus verschiedenen Ländern herangezogen. Diese wurden einer kritischen Bewertung unterzogen und die Ergebnisse der Artikel wurden extrahiert und danach synthetisiert.

Das Hauptergebnis der Übersichtsarbeit zum Wissen der Pflegepersonen ist, dass diese einen Wissensmangel und das Bedürfnis nach mehr Wissen ausdrücken. Pflegepersonen weisen ambivalente Einstellungen zu Häufigkeit, Ursachen, Wahrnehmung und Pflegebereitschaft zu aggressivem Verhalten bei BewohnerInnen mit Demenz auf. Die Art der Einstellung wird von Alter, Ausbildung, klinischer Arbeitserfahrung, Position in der Arbeit, Arbeitszufriedenheit und Wissen beeinflusst. Negative Interaktionen stehen im Zusammenhang mit erhöhtem aggressivem Verhalten der BewohnerInnen. Pflegepersonen reagieren auf aggressives Verhalten mit körperlichen und medikamentösen freiheitseinschränkenden Maßnahmen, Ignorieren und Isolieren der BewohnerInnen und informellen Besprechungen mit KollegInnen. Pflegepersonen mit erfolgreichem Aggressionsmanagement wenden verhaltens- und personenbezogene Maßnahmen an. Aggression ruft bei Pflegepersonen negative Gefühle wie Verzweiflung, Kraftlosigkeit, Angst, Frustration, Stress, emotionale Erschöpfung, Ärger, Antipathie, Wut und Aggression hervor.

Die eingeschlossenen Artikel unterscheiden sich hinsichtlich Definition von Aggression, Studienqualität, Forschungsfragen, Studiendesign und Methodik. Des Weiteren sind kulturelle Unterschiede bei der Art der Langzeitpflegeeinrichtungen, welche je nach Land unterschiedlich aufgebaut sind, zu erkennen. Zusätzlich haben Pflegepersonen der verschiedenen Länder unterschiedliche Ausbildungsniveaus. Aufgrund dieser Bedingungen ist die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse eingeschränkt und müssen mit Vorsicht interpretiert werden.

## 4.1 Wissen zu Aggression

Die Ergebnisse zu Wissen der Pflegepersonen zu aggressivem Verhalten der BewohnerInnen mit Demenz zeigen, dass bisher wenig Forschung auf diesem Gebiet betrieben wurde. Einige Studien haben dargelegt, dass Pflegepersonen einerseits einen Wissensmangel aufweisen und andererseits das Bedürfnis nach mehr Wissen ausdrücken. Pflegepersonen, die sich inadäquat auf Demenzpflege geschult fühlen, haben ein höheres Risiko Aggression zu erfahren.

Das Wissen der Pflegepersonen zu Demenz im Allgemeinen wurde bereits von einigen Studien untersucht. Eine aktuelle Studie zeigt beispielsweise, dass Pflegepersonen in Langzeitpflegeeinrichtungen ausreichendes Wissen über die möglichen Gründe der BPSD haben. Jedoch besitzen Pflegepersonen wenig Wissen zu möglichen Managementansätzen, um BewohnerInnen mit Demenz zu unterstützen (Ervin, Finlayson & Cross 2012). Eine weitere Studie kommt zum Ergebnis, dass Pflegepersonen in Langzeitpflegeeinrichtungen Wissensdefizite in verschiedenen Bereichen der Demenzpflege aufweisen. Unterschiedliche Ausbildungsniveaus dürften zudem einen Einfluss auf das Wissen der Pflegepersonen haben (Zwakhalen et al. 2007).

Internationale Leitlinien geben an, dass die Demenzpflege eine immense Herausforderung darstellen kann, wenn Pflegepersonen inadäquat darauf geschult sind (NICE-SCIE 2006). Aus Empfehlungen einer Leitlinie zur Verbesserung der Demenzpflege geht hervor, dass Pflegepersonen Wissen zu möglichen Symptomen, rechtzeitiger Durchführung von Assessments, damit verbundene Behandlungen, individueller Versorgung und Wohlbefinden der BewohnerInnen mit Demenz haben sollen. Bereits in der Ausbildung soll Demenz ein Thema sein (McGilton et al. 2007). Wissen zu Aggression hilft Pflegepersonen angespannte Situationen schon im Vorfeld mit deeskalierenden Maßnahmen entgegenzuwirken und eine hohe Pflegequalität leisten zu können (Duxbury & Whittington 2005; Morgan et al. 2012).

## 4.2 Einstellungen zu Aggression

Weitere Ergebnisse der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit beziehen sich auf die Einstellungen der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz.

Ein Großteil der Pflegepersonen hat die Einstellung, dass BewohnerInnen mit Demenz aggressives Verhalten zeigen. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit anderen Studien, welche darauf hinweisen, dass Pflegepersonen in der Demenzpflege in Langzeitpflegeeinrichtungen über mehr aggressive Ereignisse berichten als Pflegepersonen in Akutkrankenhäusern (Gerberich et al. 2004; Shields & Wilkins 2009). Pflegepersonen, die jedoch eine vertrauenswürdige Beziehung zu BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten aufbauen wollen, berichten weniger von aggressiven Ereignissen.

Zu unterschiedlichen Ergebnissen kommt es bei den Einstellungen der Pflegepersonen zu möglichen Ursachen des aggressiven Verhaltens. Ein Teil der Pflegepersonen meint, dass sie noch nie über mögliche Ursachen nachgedacht haben. Pflegepersonen, welche Gründe aufzählen, nennen unter anderem, dass die Ursache der Aggression in der unmittelbaren Situation (z.B. Körperpflege, Transfer) liegt. Unter anderem werden zu weiteren Ursachen die kognitive Beeinträchtigung, aufgetretene Schmerzen und unerfüllte Bedürfnisse gezählt. Zeller und KollegInnen (2009) stellen auch fest, dass aggressive Ereignisse vor allem bei Situationen eintreten, wo Pflegepersonen in den persönlichen Raum der BewohnerInnen eindringen (z.B. Baden, Mundhygiene, Ankleiden). Des Weiteren tritt die Aggression bei psychosozialen Stress der BewohnerInnen auf (z.B. BewohnerInnen müssen etwas ausführen was sie nicht möchten). Weiter haben die Einstellungen der Pflegepersonen (z.B. respektvoller Umgang, Art der Kommunikation, Zufriedenheit der Pflegeperson) einen Einfluss auf das Auftreten der Aggression (ebenda.).

Ein weiteres Ergebnis bezieht sich darauf, dass Pflegepersonen aggressives Verhalten subjektiv wahrnehmen. Es scheint, als ob jede Pflegeperson ihre eigene Definition von Aggression hat. Dieses Ergebnis wird von Ferns (2006) unterstützt, welcher meint, dass Aggression ein subjektives Phänomen darstellt und dass dieses auf verschiedene Arten aufgefasst wird (ebenda.). Eine weitere Studie legt dar, dass Pflegepersonen in Langzeitpflegeeinrichtungen die Aggression von BewohnerInnen als normales Verhalten ansehen. Was unter Aggression verstanden wird, hat daher weniger

mit dem Verhalten an sich zu tun, sondern mehr mit den kulturellen Praktiken, Einstellungen und Beziehungen (Åkerström 2002). Dies hat zur Folge, dass eine Gefahr des Über- und Unterberichtens von aggressiven Vorkommnissen besteht. Daher ist es dringend notwendig eine operationalisierte Definition von Aggression in Einrichtungen darzulegen (Isaksson, Aström & Graneheim 2008).

Aggressives Verhalten bei BewohnerInnen mit Demenz zählt für Pflegepersonen zu den schwierigsten, belastendsten und herausforderndsten Pflegesituationen. Pflegepersonen zeigen ambivalente Einstellungen, ob BewohnerInnen mit Demenz absichtlich bzw. unabsichtlich aggressives Verhalten zeigen.

Vor allem jüngere Pflegepersonen mit weniger Arbeitserfahrung berichten ein höheres Aggressionsrisiko. Pflegepersonen, welche älter, eine höhere Ausbildung und/oder eine höhere Position in der Arbeit aufweisen, haben positivere Einstellungen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz. Dies bestätigen die Ergebnisse von zwei Studien. Pflegepersonen mit höherer Ausbildung, höherem Alter, mehr klinischer Arbeitserfahrung, spezieller Demenz-Schulung und höherer Position, haben positivere Einstellungen zu Demenz bzw. Aggression bei Demenz (Kada et al. 2009; Nakahira et al. 2009). Eine Studie hat die Einstellungen der Pflegepersonen zu Aggression von Personen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen und Akutkrankenhäusern untersucht. Die Einstellungen zwischen Pflegepersonen mit hohem und niedrigem Ausbildungsniveau (MW=10.44, SD=0.58) bzw. bei Pflegepersonen mit universitärer und postgradualer Ausbildung (MW=11.19, SD=1.56) unterscheiden sich signifikant (Nakahira et al. 2009). Ein hohes Wissen gilt als Prädiktor für eine positivere Einstellung, denn die diplomierten Pflegepersonen weisen positivere Einstellungen als PflegehelferInnen auf. PflegehelferInnen haben aber nicht nur weniger Schulung, sondern weisen zusätzlich mehr Zeit in der direkten Pflege bei BewohnerInnen vor (Kada et al. 2009). Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Übersichtsarbeit, denn PflegehelferInnen von Demenzstationen berichten signifikant weniger Belastung durch aggressives Verhalten im Gegensatz zu allgemeinen Stationen.

Des Weiteren haben Pflegepersonen ambivalente Einstellungen zur Pflegebereitschaft der BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten. Einerseits zeigen Studienergebnisse, dass Pflegepersonen wenig positive Einstellungen aufweisen, BewohnerInnen zu helfen. Beispielsweise wollen sie weniger Zeit mit BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten verbringen bzw. möchten sie die Pflgetätigkeit beenden. Andererseits haben Pflegepersonen die Einstellung, dass BewohnerInnen trotz des aggressi-

ven Verhaltens eine gute Pflegeversorgung erhalten. Sie meinen zusätzlich, dass es wichtig ist zu versuchen, die BewohnerInnen zu verstehen. Ein Teil der Pflegepersonen hat die Einstellung, dass Aggression alltäglich, entschuldbar und ein Teil ihrer Arbeit ist. Dieses Ergebnis ist konsistent mit einer früheren Studie, welche darstellt, dass Pflegepersonen Aggression als Teil der Arbeit tolerieren und viele Pflegepersonen sogar beginnen diese zu akzeptieren (Gates, Fitzwater & Meyer 1999). Jedoch sollten Maßnahmen unternommen werden, damit aggressives Verhalten nicht mehr als Teil des Jobs hingenommen wird (Gates, Fitzwater & Succop 2005).

Aggressives Verhalten vorzubeugen ist deshalb so wichtig, da dieses auch einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen hat. Beinahe die Hälfte der PflegehelferInnen berichtet, dass die Pflege Tätigkeit bei BewohnerInnen mit aggressivem Verhalten einen moderaten bis starken Einfluss auf deren Arbeitszufriedenheit hat. Pflegepersonen verlangen deshalb mehr Unterstützung. Sie sind der Meinung, dass Vorgesetzte ein fehlendes Bewusstsein zu Aggression besitzen. Des Weiteren fühlen sich Pflegepersonen in herkömmlichen Pflegeheimen weniger professionell unterstützt. Sie haben ein niedrigeres Wohlbefinden und sind weniger zufrieden mit ihrer Arbeit im Vergleich zu Pflegepersonen auf Demenzstationen. Unstimmigkeiten ergeben sich, ob Pflegepersonen sich von Arbeitskolleginnen unterstützt fühlen. Eine aktuelle Studie, welche die Einstellungen und Arbeitszufriedenheit bei Pflegepersonen in der Demenzpflege untersucht, kommt zum Ergebnis, dass Pflegepersonen mit einer positiven Einstellung eine hohe Arbeitszufriedenheit aufweisen. Diese Studie zeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen Einstellung und Arbeitszufriedenheit gibt und dass Pflegepersonen mit positiven Einstellungen einen personenzentrierten Ansatz anwenden (Moyle et al. 2011).

### 4.3 Verhalten bei Aggression

Ein weiteres Ziel der Übersichtsarbeit war es, das Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz zu beschreiben. Die Ergebnisse beziehen sich einerseits auf durchgeführte Maßnahmen der Pflegepersonen und andererseits auf das emotionale Verhalten der Pflegepersonen.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass aggressive Ereignisse nicht immer Konsequenzen mit sich ziehen. Häufig werden jedoch auch mehrere Maßnahmen gesetzt. Dies zeigt auch eine qualitative Studie, welche den Umgang der Pflegepersonen mit Aggression in Langzeitpflegeeinrichtungen in der Schweiz untersucht. Pflegepersonen wenden ein breites Spektrum an Maßnahmen zur Reduktion der Aggression an, welche zum Teil in Leitlinien empfohlen werden. Häufig wird jedoch der Zusammenhang zwischen der Aggression und körperlichen Umständen (z.B. Schmerz) vernachlässigt (Zeller et al. 2011). Eine systematische Übersichtsarbeit bekräftigt, dass Pflegepersonen verschiedene positive als auch negative Maßnahmen anwenden. Diese beinhalten verhaltensbezogene Strategien, institutionelle Standards, Maßnahmen zur Aggressionsprävention und medizinische Behandlungen (Zeller et al. 2009).

Körperliche bzw. medikamentöse Einschränkungen werden häufig bei aggressiven Ereignissen angewendet. Diese werden insbesondere von Pflegepersonen mit negativen Einstellungen als notwendig erachtet. In allgemeinen Einrichtungen werden körperliche Einschränkungen häufiger angewendet als auf Demenzstationen, wobei körperliche Einschränkungen laut systematischen Literaturübersichten als letzter Ausweg gesehen werden. Eine Studie bestätigt, dass Pflegepersonen mit negativen Einstellungen zu PatientInnen mit aggressivem Verhalten, häufiger medikamentöse und körperliche Einschränkungen anwenden, als Pflegepersonen mit positiven Einstellungen (Nakahira et al. 2009). Da aggressives Verhalten häufig der Ausdruck unerfüllter Bedürfnisse ist (Kunik et al. 2003), sind nicht-medikamentöse Interventionen als erste Wahl anzuwenden. Eine medikamentöse Therapie zeigt zwar kurzfristig eine vorteilhafte Wirkung, jedoch sind längerfristige Vorteile aufgrund von unerwünschten Ereignissen (z.B. Schlaganfälle) limitiert (Cipriani et al. 2011).

Pellfolk und KollegInnen (2010) legen in einer Studie dar, dass Pflegepersonen in Langzeitpflegeeinrichtungen durch ein Schulungsprogramm ihr Wissen steigern, ihre Einstellungen ändern und dadurch weniger körperliche Einschränkungen einsetzen (ebenda.).

Ein weiteres Ergebnis weist darauf hin, dass Pflegepersonen aggressives Verhalten bei BewohnerInnen ignorieren und diese isolieren. Beispiele dafür sind: keine Antwort auf Fragen geben, weniger Zeit mit BewohnerInnen verbringen, Fortfahren der Pflegetätigkeit trotz aggressivem Verhalten oder BewohnerInnen in einen eigenen Raum bringen. Pflegepersonen, welche jedoch zufrieden mit deren Leistung sind, fokussieren sich darauf wie sie ihr Ziel erreichen können. Dies zeigt auch eine andere Studie. Hierbei weisen Pflegepersonen, welche Abschottung als Maßnahme nennen, negativere Einstellungen zu demenz-bezogener Aggression auf (Nakahira et al. 2009). Zeller und KollegInnen (2009) bestätigen weiter, dass zu negativen Maßnahmen Isolation, körperliche Einschränkungen, Ignorieren der Pflegebedürfnisse und Aussprechen von Verwarnungen zählen (ebenda.).

Aus einer Literaturübersicht geht hervor, dass die Ursachen des aggressiven Verhaltens identifiziert werden müssen, bevor Maßnahmen gesetzt werden. Vor allem muss erkannt werden, ob das aggressive Verhalten aufgrund medizinischer Probleme, wie z.B. Schmerz, verursacht wird. Speziell Schmerzen werden bei BewohnerInnen mit Demenz durch das Auftreten von Aggression zum Ausdruck gebracht (Cipriani et al. 2011).

Pflegepersonen mit erfolgreichem Management wenden stattdessen verhaltens- und personenbezogene Maßnahmen an, um das aggressive Verhalten auf Ruhe umzulenken. Diese weisen positivere Erfahrungen und Einstellungen zu Aggressionsmanagement auf. Ein Teil der Pflegepersonen zeigt Selbstvertrauen, Sicherheit und Freundlichkeit bei der Pflege von BewohnerInnen mit Demenz. Dies belegt eine Studie, bei der Pflegepersonen mit positiven Einstellungen den PatientInnen zuhören (Nakahira et al. 2009).

Weitere kooperative Interaktionen zwischen BewohnerInnen und Pflegepersonen zeigen sich durch eine flexible Arbeitsweise der Pflegeperson, indem verbal und non-verbal Unterstützung angeboten und die BewohnerInnen in Entscheidungen einbezogen werden. Eine verbesserte Beziehung zwischen Pflegenden und BewohnerInnen kann Aggression reduzieren.

Eine systematische Literaturübersicht nennt folgende Strategien, die von Pflegepersonen vorbeugend gegen aggressives Verhalten eingesetzt werden: beruhigende und deeskalierende Maßnahmen, wie z.B. mit BewohnerInnen sprechen, deren Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigen, Freundlichkeit, humorvoller Umgang mit BewohnerInnen bzw. ruhiges und systematisches Arbeiten (Zeller et al. 2009).

Negative Interaktionen, bei denen ein hohes Maß an Aggression auftritt, entstehen, wenn Pflegepersonen nicht mit BewohnerInnen kommunizieren. Wenn Bedürfnisse nicht erkannt werden, reagieren die BewohnerInnen mit Aggression.

Wenig Interaktion zwischen Pflegepersonen und BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen steht in einem starken Zusammenhang mit kognitiven Beeinträchtigungen (Chen et al. 2000). Eine zusätzliche Barriere stellt das aggressive Verhalten dar (Hellzén & Asplund 2006). Normann und KollegInnen (2006) haben jedoch gezeigt, dass Konversationen mit BewohnerInnen mit fortgeschrittener Demenz dennoch möglich sind (ebenda.).

Kontroverse Ergebnisse zeigen die Studien zur Besprechung von aggressiven Ereignissen. Informelle Gespräche mit KollegInnen werden als häufigste Strategie genannt, um Emotionen zu gewalttätigen Vorkommnissen zu verarbeiten. Über formelle Gespräche im Arbeitsteam oder Kommunikation mit SupervisorInnen wird weniger berichtet. Aggressive Ereignisse zu dokumentieren, steht bei einer vergleichbaren Studie weder im Zusammenhang mit negativen noch mit positiven Einstellungen zu Aggression. Wobei Pflegepersonen mit positiveren Einstellungen eher das Verhalten dokumentieren, um therapeutische Möglichkeiten zu identifizieren. Personen mit negativen Einstellungen dokumentieren aufgrund des Eigeninteresses und um die Probleme für das Management hervorzuheben (Nakahira et al. 2009). Eine Studie zeigt, dass Pflegepersonen selten KollegInnen um Hilfe fragen; in einer anderen Studie wird dies jedoch als häufige Maßnahme genannt.

Gespräche mit KollegInnen führen stellt zwar eine wichtige Maßnahme in der akuten Situation der Aggression dar, jedoch benötigen Pflegepersonen formelle Unterstützung im Umgang mit aggressiven Ereignissen. Führungskräfte sollen das komplexe Thema Aggression von BewohnerInnen mit Demenz daher nicht vernachlässigen, sondern erkennen und gezielte Maßnahmen setzen. Strategien sollen folgende Punkte beinhalten: frühzeitige Erkennung und Verhütung des aggressiven Verhaltens, Maßnahmen zur Beruhigung und Deeskalation bei Anzeichen einer aufkommenden Aggression, medizinische Behandlung und politisch-basierte Strategien (Zeller et al. 2009).

Die Umsetzung der Strategien ist relevant, da aggressive Vorkommnisse negative Gefühle bei Pflegepersonen auslösen. Körperliche Aggression wird von Pflegepersonen als die häufigste Verhaltensart unter verschiedenen Verhaltensweisen genannt, welche persönliche Verzweiflung hervorruft. Zu den emotionalen Reaktionen zählen

unter anderem Frustration, Hilflosigkeit, Kraftlosigkeit, Angst, Irritation, Schock und Überraschung. Das aggressive Verhalten der BewohnerInnen führt bei den Pflegepersonen zu Stress bis hin zur emotionalen Erschöpfung und reduzierter Arbeitsleistung. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Pflegepersonen sogar selbst mit Ärger, Antipathie, Wut und Aggression reagieren.

Von verschiedenen negativen Konsequenzen und Gefühlen zu Aggression werden in Studien berichtet. Die Manifestation von Burnout und Stress der Pflegepersonen werden von anderen Studien belegt (Cipriani et al. 2011; Evers, Tomic & Brouwers 2002; Rodney 2000). Aggressives Verhalten hat einen signifikanten Zusammenhang mit einem Anstieg des Stresses bei Pflegepersonen in der Demenzpflege (Rodney 2000). Eine weitere Erhebung in Europa bestätigt, dass ein hohes Aggressionsrisiko mit erhöhter Gefahr von Burnout und Arbeitsplatzwechsel bei Pflegepersonen in Langzeiteinrichtungen in Zusammenhang stehen (Estryn-Behar et al. 2008).

## 4.4 Einbettung im theoretischen Rahmen

Die Ergebnisse der systematischen Literaturübersicht lassen Ansätze der Theorie des geplanten Verhaltens von Fishbein und Ajzen erkennen (Ajzen 1991). Abbildung 6 stellt dies näher dar. Die Theorie zeigt Faktoren auf, welche das Verhalten der Pflegepersonen bei Aggression von BewohnerInnen mit Demenz beeinflussen. Dabei ist zu erkennen, dass Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in einem engen Zusammenhang stehen.

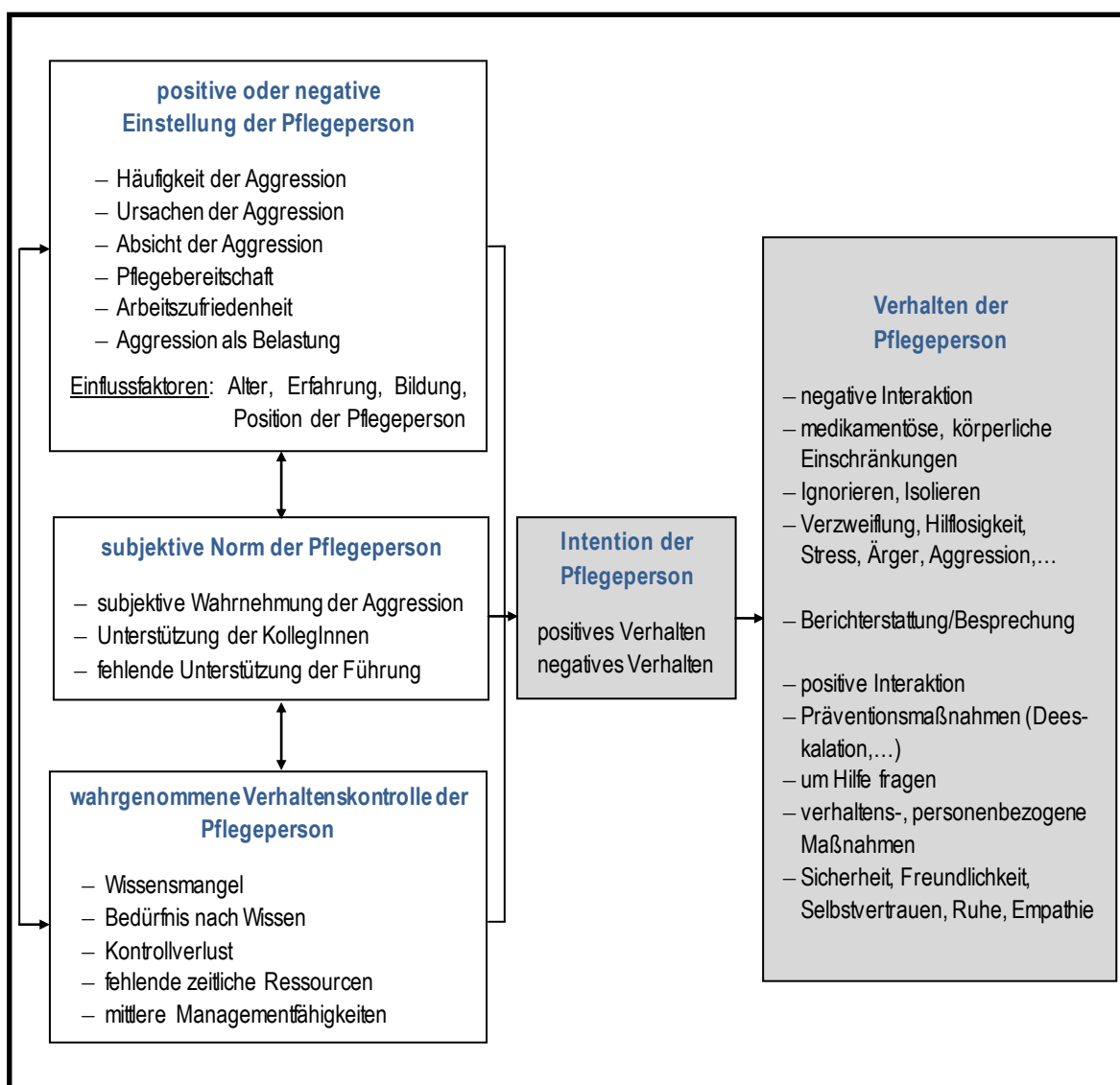


Abbildung 6: Geplantes Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression (in Anlehnung an Theorie des geplanten Verhaltens, Ajzen 1991, p. 182)

Die Einstellungen der Pflegeperson zu aggressivem Verhalten beeinflussen die Intention und somit das Verhalten der Pflegeperson. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen sowohl positive als auch negative Einstellungen zu aggressivem Verhalten besitzen. Pflegepersonen, die eine positive Einstellung zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz haben, zeigen eine stärkere Intention sich positiv darauf zu verhalten. Pflegepersonen mit einer negativen Einstellung zu Aggression weisen eine stärkere Intention auf, negativ auf die Aggression von BewohnerInnen zu reagieren. Beispielsweise wird eine Pflegeperson, welche meint, dass die Ausführung von einem bestimmten Verhalten (z.B. die Anwendung von körperlichen Einschränkungen) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu positiven bzw. negativen Konsequenzen führt, eher eine positive bzw. negative Einstellung zum Ausführen des Verhaltens haben.

Die Einstellungen der Pflegepersonen zu Aggression beziehen sich unter anderem auf die Häufigkeit des Auftretens der Aggression, die Ursachen der Aggression, die Absicht des aggressiven Verhaltens der BewohnerInnen, die Pflegebereitschaft, die Arbeitszufriedenheit und die Belastung durch das aggressive Verhalten. Aufgrund der Ergebnisse der Übersichtsarbeit ist anzunehmen, dass das Alter, die klinische Arbeitserfahrung und der Ausbildungsgrad einen Einfluss auf die positive bzw. negative Einstellung der Pflegeperson zu aggressivem Verhalten haben.

Die subjektive Norm spiegelt die Überzeugung der Pflegeperson darüber wider, inwieweit Bezugspersonen (z.B. ArbeitskollegInnen, Führungskräfte) das Ausführen einer gewissen Verhaltensweise befürworten bzw. ablehnen. Ob dieses Verhalten von der Pflegeperson tatsächlich durchgeführt wird, hängt davon ab, wie groß die Motivation ist, sich nach den Wünschen der Bezugspersonen zu verhalten. Die Ergebnisse zeigen, dass die subjektive Norm der Pflegepersonen sehr unterschiedlich ist. Pflegepersonen haben eine subjektive Wahrnehmung zur Definition von Aggression. Weiter fühlen sich nicht alle Pflegepersonen durch ArbeitskollegInnen und Führungskräfte unterstützt. Daraus ist zu schließen, dass dies einen negativen Einfluss auf das Verhalten der Pflegepersonen zur Folge hat.

Die Verhaltenskontrolle bezieht sich auf die Wahrnehmung, ob ein Verhalten leicht oder schwer durchzuführen ist. Die Ergebnisse der Übersichtsarbeit weisen darauf hin, dass Pflegepersonen einen Wissensmangel bzw. das Bedürfnis nach mehr Wissen aufweisen. Die Theorie kann dabei helfen, dass durch organisatorische Faktoren die wahrgenommene Verhaltenskontrolle beeinflusst werden kann. Ressourcen der Pflegepersonen, z.B. die Aneignung von Managementfähigkeiten (z.B. Deeskalations-

techniken), können durch Schulungen gestärkt werden. Weitere Forschung ist jedoch notwendig, um Einflussfaktoren und deren Beziehung zu den Verhaltensweisen zu identifizieren.

Die Intention der Pflegeperson hängt von der positiven bzw. negativen Einstellung, der subjektiven Norm und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle der Pflegeperson zu aggressivem Verhalten von BewohnerInnen mit Demenz ab. Je positiver bzw. negativer diese Komponenten ausfallen, desto stärker ist die Intention zu einem negativen bzw. positiven Verhalten der Pflegeperson bei Aggression von BewohnerInnen. Die Ergebnisse der systematischen Literaturübersicht können jedoch nicht zeigen, dass die wahrgenommene Verhaltenskontrolle einen direkten Einfluss auf das Verhalten der Pflegeperson bei Aggression hat.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass Pflegepersonen einerseits negative und andererseits positive Verhaltensweisen aufweisen. Zu den negativen Verhaltensweisen der Pflegepersonen bei Aggression zählen negative Interaktionen, medikamentöse bzw. körperliche Einschränkungen und Ignorieren bzw. Isolieren. Weiter zeigen Pflegepersonen negative Gefühle, z.B. Verzweiflung, Hilflosigkeit, Stress, Ärger, Wut, emotionale Erschöpfung oder Aggression.

Andererseits reagieren Pflegepersonen bei Aggression von BewohnerInnen mit Demenz mit positiver Interaktion, Präventionsmaßnahmen (z.B. Deeskalation), um Hilfe bitten bzw. verhaltens- und personenbezogenen Maßnahmen. Die positiven Gefühle der Pflegepersonen zu Aggression umfassen Ruhe, Freundlichkeit, Sicherheit, Selbstvertrauen und Empathie. Unterschiedliches Verhalten zeigen Pflegepersonen bei der Berichterstattung bzw. Besprechung der Aggression von BewohnerInnen mit Demenz. Negative Einstellungen der Pflegepersonen zu aggressivem Verhalten der BewohnerInnen können dazu führen, dass Pflegepersonen gehindert werden eine gute Pflegequalität zu leisten. Durch Führung und Unterstützung der Pflegepersonen kann die Entwicklung der negativen Einstellungen zu Aggression verhindert und positive Einstellungen gestärkt werden.

## 4.5 Limitationen

Die systematische Literaturübersicht hat Limitationen aufzuweisen, welche nun angeführt werden.

Obwohl die Literaturrecherche in den genannten Datenbanken und Suchmaschinen systematisch durchgeführt wurde, hat die vorliegende Arbeit nicht den Anspruch der Vollständigkeit.

Eine weitere Limitation der Literaturübersicht bezieht sich auf die kritische Bewertung der eingeschlossenen Artikel. In der Literatur wird empfohlen, dass Forschungsartikel von zwei unabhängigen BegutachterInnen kritisch bewertet werden sollen, damit die Zuverlässigkeit der Bewertung erhöht wird (Hemingway & Brereton 2009; Polit & Beck 2012). Die kritischen Bewertungen dieser systematischen Literaturübersicht wurden nur von der Autorin durchgeführt. Um die kritischen Bewertungen der eingeschlossenen Artikel nachvollziehbar zu machen, werden diese anhand der Beurteilungsbögen im Anhang 2 dargestellt.

## 4.6 Implikationen für Praxis und Forschung

Die Perspektiven von Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz zu erheben kann helfen, die Beziehung zwischen Pflegeperson und BewohnerInnen zu verstehen. Darauf aufbauend können gezielte Maßnahmen abgeleitet werden. Die systematische Literaturübersicht zeigt das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz auf. Die Ergebnisse zeigen, dass Wissen, Einstellungen und Verhalten der Pflegepersonen zu aggressivem Verhalten in einem engen Zusammenhang stehen.

Ausgehend von den Ergebnissen wird empfohlen, dass weitere Forschung notwendig ist, um die Art des Wissens der Pflegepersonen im Detail zu identifizieren. Des Weiteren soll dem Wissensmangel und dem Bedürfnis nach Wissen der Pflegepersonen entgegengewirkt werden. Diese beeinflussen nicht nur die Einstellungen zu Aggression, sondern auch das Verhalten der Pflegepersonen.

Die Auswirkungen des aggressiven Verhaltens müssen von den Führungskräften erkannt werden, damit Pflegepersonen mehr Unterstützung angeboten wird. Eine Fo-

kussierung auf kontext- und organisatorische Faktoren ist notwendig, um positive Einstellungen und Verhaltensweisen der Pflegepersonen zu bewirken. Strategien des Aggressionsmanagements sollen in Institutionen entwickelt werden. Die gesetzten Maßnahmen sollen zudem Forschungsergebnisse berücksichtigen.

Das Ziel weiterer Forschung soll sein, gezielte Interventionen zu entwickeln, z.B. Schulungen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz. Diese könnten Pflegepersonen helfen, deren Wissen zu aggressivem Verhalten bei BewohnerInnen mit Demenz zu erhöhen. Studien haben gezeigt, dass Schulungsprogramme die Einstellungen der Pflegepersonen zu Aggression verändern können (Pellfolk et al. 2010; Zeller, Needham & Halfens 2006). Dadurch wird auch die Verhaltensweise der Pflegepersonen beeinflusst. Die Einstellungen der Pflegepersonen zu Aggression sagen das Verhalten und die Gefühle der Pflegepersonen (z.B. Stress und Burnout) vorher. Schulungen sollen den Pflegepersonen ermöglichen, Kompetenzen und positive Einstellungen zu entwickeln, um zukünftig aggressivem Verhalten vorbeugen zu können.

Weitere Studien müssen durchgeführt werden, um die Implementierung der Maßnahmen und deren Auswirkung auf das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Pflegepersonen zu aggressivem Verhalten zu evaluieren. Messungen des Wissens, der Einstellungen und des Verhaltens der Pflegepersonen zu Aggression können herangezogen werden, um zu erkennen, welche Bereiche und Kompetenzen geschult werden müssen. Zusätzlich können Veränderungen von Wissen, Einstellungen und Verhalten der Pflegepersonen zu aggressivem Verhalten beobachtet werden, um die Qualität der Demenzpflege für Pflegepersonen und BewohnerInnen zu verbessern.

Die Ergebnisse bieten einen guten Überblick zu Wissen, Einstellungen und Verhalten der Pflegepersonen zu Aggression von BewohnerInnen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen, um darauf aufbauend Interventionen ableiten zu können. Diese sollen nicht nur das aggressive Verhalten der BewohnerInnen mit Demenz vorbeugen, sondern auch das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Pflegepersonen positiv stärken.

## Literaturverzeichnis

Abderhalden, C, Needham, I, Friedli, TK, Poelmans, J & Dassen, T 2002, 'Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland', *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplimentum*, vol. 412, pp. 110-117.

Ajzen, I 1991, 'The Theory of Planned Behavior', *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, pp. 179-211.

Åkerström, M 2002, 'Slaps, punches, pinches - but not violence: boundary-work in nursing homes for the elderly', *Symbolic Interaction*, vol. 25, no. 4, pp. 515-536.

Alf, C, Bancher, C, Benke, T, Berek, K, Bodner, T, Croy, A, Dal-Bianco, P, Fischer, P, Fruhwirth, G, Gatterer, G, Grossmann, J, Hinterhuber, H, Imarhiagbe, D, Jaksch, A, Jellinger, K, Kalousek, M, Kapeller, P, Krautgartner, M, Ladurner, G, Leblhuber, F, Lechner, A, Lingg, A, Marksteiner, J, Nakajima, T, Psota, G, Rainer, M, Ransmayr, G, Reisecker, F, Schmidt, R, Spatt, J, Walch, T, Walter, A, Wancata, J & Winkler, A 2006, 'Konsensusstatement 'Demenz' der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft – Update 2006', *Neuropsychiatrie*, vol. 20, no. 4, pp. 221–231.

Allan, N, Heisig, P, Iske, I, Kelleher, D, Mekhilef, M, Oertel, R, Olesen, AJ & Van Leeuwen, M 2004, *Europäischer Leitfaden zur erfolgreichen Praxis im Wissensmanagement*, CEN/ISSS, Brüssel, viewed on 6 December 2012, <<ftp://cenftp1.cenorm.be/PUBLIC/CWAs/e-Europe/KM/German-text-KM-WAGuide.pdf>>.

Aström, S, Bucht, G, Eisemann, M, Norberg, A & Saveman, BI 2002, 'Incidence of violence towards staff caring for the elderly', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 16, no. 1, pp. 66-72.

Aström, S, Karlsson, S, Sandvide, A, Bucht, G, Eisemann, M, Norberg, A & Saveman, BI 2004, 'Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 18, no. 4, pp. 410–416.

Bandura, A 1973, *Aggression: a social learning analysis*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Beck, C, Richards, K, Lambert, C, Doan, R, Landes, RD, Whall, A, Algase, D, Kolanowski, A & Feldman, Z 2011, 'Factors associated with problematic vocalizations in nursing home residents with dementia', *The Gerontologist*, vol. 51, no. 3, pp. 389-405.

Boström, A, Squires, JE, Mitchell, A, Sales, AE & Estabrooks, CA 2011, 'Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, no. 9-10, pp. 1453-1465.

Brodaty, H, Draper, B & Low, LF 2003, 'Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 44, no. 6, pp. 583-590.

Chen, YL, Ryden, MB, Feldt, K & Savik, K 2000, 'The relationship between social interaction and characteristics of aggressive, cognitively impaired nursing home residents', *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, vol. 15, no. 1, pp. 10-17.

Chrzescijanski, D, Moyle, W & Creedy, D 2007, 'Reducing dementia-related aggression through a staff education intervention', *Dementia*, vol. 6, no. 2, pp. 271-286.

Ciliska, D, Dobbins, M & Thomas, H 2007, 'Using systematic reviews in health services', in Webb, C & Roe, B, *Reviewing research evidence for nursing practice: systematic reviews*, Blackwell, Oxford.

Cipriani, G, Vedovello, M, Nuti, A & Di Fiorino, M 2011, 'Aggressive behavior in patients with dementia: correlates and management', *Geriatrics & Gerontology International*, vol. 11, no. 4, pp. 408-413.

Cohen-Mansfield, J 2008, 'Agitated behavior in persons with dementia: the relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness', *Journal of Psychiatric Research*, vol. 43, no. 1, pp. 64-69.

Cubit, K, Farrell, G, Robinson, A & Myhill, M 2007, 'A survey of the frequency and impact of behaviours of concern in dementia on residential aged care staff', *Australasian Journal on Ageing*, vol. 26, no. 2, pp. 64-70.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2012, *ICD-10-GM Version 2013*, viewed on 3 December 2012, <<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f00-f09.htm>>.

Di Martino, V 2002, *Workplace violence in the health sector - country case studies*, viewed on 6 December 2012, <[http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/sew\\_country\\_case\\_studies-synthesis\\_report.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/sew_country_case_studies-synthesis_report.pdf)>.

Dollard, J, Doob, LW, Miller, NE, Mowrer, OH & Sears, RR 1939, *Frustration and Aggression*, Yale University Press, New Haven.

Duxbury, J & Whittington, R 2005, 'Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, no. 5, pp. 469-478.

Enmarker, I, Olsen, R & Hellzen, O 2011, 'Management of person with dementia with aggressive and violent behavior: a systematic literature review', *International Journal of Older People Nursing*, vol. 6, no. 2, pp. 153-162.

Ervin, K, Finlayson, S & Cross, M 2012, 'The management of behavioural problems associated with dementia in rural aged care', *Collegian*, vol. 19, no. 2, pp. 85-95.

Estryn-Behar, M, van der Heijden, B, Camerino, D, Fry, C, Le Nezet, O, Conway, PM & Hasselhorn, HM 2008, 'Violence risks in nursing - results from the European 'NEXT' study', *Occupational Medicine*, vol. 58, no. 2, pp. 107-114.

Evers, W, Tomic, W & Brouwers, A 2002, 'Aggressive behaviour and burnout among staff of homes of the elderly', *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 11, no. 1, pp. 2-9.

Ferns, T 2006, 'Violence, aggression and physical assault in healthcare settings', *Nursing Standard*, vol. 21, no. 13, pp. 42-46.

Fishbein, M, & Ajzen, I 1975, *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*, Addison-Wesley, Reading, Massachusetts.

Galtung, J 1993, 'Kulturelle Gewalt', in Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg, *Aggression und Gewalt*, Kohlhammer, Stuttgart.

Gates, D, Fitzwater, E & Meyer, U 1999, 'Violence against caregivers in nursing homes. Expected, tolerated, and accepted', *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 25, no. 4, pp. 12-22.

Gates, DM, Fitzwater, E & Deets, C 2003, 'Development of instruments to assess assaultive behavior in nursing homes', *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 29, no. 8, pp. 37-45.

Gates, D, Fitzwater, E & Succop, P 2005, 'Reducing assaults against nursing home caregivers', *Nursing Research*, vol. 54, no. 2, pp. 119-127.

Gerberich, SG, Church, TR, McGovern, PM, Hansen, HE, Nachreiner, NM, Geisser, MS, Ryan, AD, Mongin, SJ & Watt, GD 2004, 'An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurses' study', *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, no. 6, pp. 495-503.

Gerrig, RJ & Zimbardo, PG 2008, *Psychologie*, 18<sup>th</sup> edition, Pearson Studium, München.

Gilley, DW, Bienias, JL, Wilson, RS, Bennett, DA, Beck, TL & Evans, DA 2004, 'Influence of behavioral symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer's disease', *Psychological Medicine*, vol. 34, no. 6, pp. 1129-1135.

Grond, E 1997, *Altenpflege ohne Gewalt*, Vincentz Verlag, Hanover.

Hellzén, O & Asplund, K 2006, 'Nurses' narratives about their residents when caring for people with long-term mental illness in municipal group dwellings', *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 15, no. 1, pp. 60-69.

Hemingway, P & Brereton, N 2009, 'What is a systematic review?', Hayward Medical Communications, 2<sup>nd</sup> edition, no. April, pp. 1-8, viewed 10 December 2012, <<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/Syst-review.pdf>>.

Hoeffler, B, Talerico, KA, Rasin, J, Mitchell, CM, Stewart, BJ, McKenzie, D, Barrick AL, Rader, J & Sloane, PD 2006, 'Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving', *The Gerontologist*, vol. 46, no. 4, pp. 524-532.

International Psychogeriatric Association (IPA) 2002, *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*, viewed on 3 December 2012, <<http://www.ipa-online.net/pdfs/1BPSDFinal.pdf>>.

Isaksson, U, Aström, S & Graneheim, UH 2008, 'Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 12, pp. 1660-1666.

Isaksson, U, Graneheim UH, Aström, S & Karlsson, S 2011, 'Physically violent behaviour in dementia care: characteristics of residents and management of violent situations', *Aging & Mental Health*, vol. 15, no. 5, pp. 573-579.

Lohrmann, C 2009, *Prävalenzerhebung 07. April 2009*, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz, Graz.

Lohrmann, C 2010, *Europäische Pflegequalitätserhebung 13. April 2010*, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz, Graz.

Lohrmann, C & Schönherr, S 2012, *Europäische Pflegequalitätserhebung 05. April 2011*, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz, Graz.

Lorenz, K 1976, *Das sogenannte Böse - Zur Naturgeschichte der Aggression*, 4<sup>th</sup> edition, Deutscher Taschenbuchverlag, München.

Luengo-Fernandez, R, Leal, J & Gray, AM 2011, 'Cost of dementia in the pre-enlargement countries of the European Union', *Journal of Alzheimer's Disease*, vol. 27, no. 1, pp. 187-196.

Jellinger, KA 2007, 'The enigma of mixed dementia'. *Alzheimer's & Dementia*, vol. 3, no. 1, pp. 40-53.

Kada, S, Nygaard, HA, Mukesh, BN & Geitung, JT 2009, 'Staff attitudes towards institutionalised dementia residents', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, no. 16, pp. 2383-2392.

Ko, A, Takasaki, K, Chiba, Y, Fukahori, H, Igarashi, A, Takai, Y & Yamamoto-Mitani, N 2012, 'Aggression exhibited by older dementia clients towards staff in Japanese long-term care', *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 24, no. 1, pp. 1-16.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2009, *Mitteilung der Kommission an das europäische Parlament und den Rat über eine europäische Initiative zur Alzheimer-Krankheit und zu anderen Demenzerkrankungen*, Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Brüssel, viewed on 1 December 2012, <[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_information/dissemination/documents/com2009\\_380\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/documents/com2009_380_de.pdf)>.

Kunik, ME, Lees, E, Snow, AL, Cody, M, Rapp, CG, Molinari, VA & Beck, CK 2003, 'Disruptive behavior in dementia: a qualitative study to promote understanding and improve treatment', *Alzheimer's Care Quarterly*, vol. 4, no. 2, pp. 125-136.

Machi, LA, & McEvoy, BT 2009, *The literature review: six steps to success*, Corwin Press, Thousand Oaks.

McGilton, KS, Lever, JA, Mowat, J, Parnell, L, Perivolaris, A & Biscardi, M 2007, 'Guideline recommendations to improve dementia care', *Alzheimer's Care Quarterly*, vol. 8, no. 2, pp. 109-115.

Miyamoto, Y, Tachimori, H & Ito, H 2010, 'Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living', *Geriatric Nursing*, vol. 31, no. 4, pp. 246-253.

Morgan, DG, Stewart, NJ, D'Arcy, C, Forbes, D & Lawson, J 2005, 'Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 12, no. 3, pp. 347-358.

Morgan, DG, Cammer, A, Stewart, NJ, Crossley, M, D'Arcy, C, Forbes, DA & Karunanayake, C 2012, 'Nursing aide reports of combative behavior by residents with dementia: results from a detailed prospective incident diary', *Journal of American Medical Directors Association*, vol. 13, no. 3, pp. 220-227.

Moyle, W, Murfield, JE, Griffiths, SG & Venturato, L 2011, 'Care staff attitudes and experiences of working with older people with dementia', *Australasian Journal on Ageing*, vol. 30, no. 4, pp. 186-190.

Nakahira, M, Moyle, W, Creedy, D & Hitomi, H 2009, 'Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, no. 6, pp. 807-816.

National Audit Office (NAO) 2003, *A safe place to work. Protecting NHS hospitals and ambulance staff from violence and aggression*, National Audit Office, London, viewed on 6 December 2012, <<http://www.socialpartnershipforum.org/SiteCollectionDocuments/A%20safer%20place%20to%20work%202003%20NAO%20report.pdf>>.

Nau, J 2011, Umgang mit Aggression, presentation presented at the 7. *Symposium der Grazer Gesellschaft der Gesundheits- und Pflegewissenschaft*, 27 September 2011, Graz, viewed on 6 December 2012, <[http://www.ggespw.at/fileadmin/user\\_upload/ggespw-files/NAU\\_\\_Umgang\\_mit\\_Agressionen.pdf](http://www.ggespw.at/fileadmin/user_upload/ggespw-files/NAU__Umgang_mit_Agressionen.pdf)>.

NICE-SCIE, 2006, *Dementia: the NICE-SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*, The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, London, viewed on 10 December 2012, <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG42Dementiafinal.pdf>>.

Norbergh, KG, Helin, Y, Dahl, A, Hellzén, O & Asplund, K 2006, 'Nurses' attitudes towards people with dementia: the semantic differential technique', *Nursing Ethics*, vol. 13, no. 3, pp. 264-274.

Normann, HK, Asplund, K, Karlsson, S, Sandman, PO & Norberg, A 2006, 'People with severe dementia exhibit episodes of lucidity. A population-based study', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 15, no. 11, pp. 1413-1417.

Oh, H, Eom, M & Kwon, Y 2004, 'A study on aggressive behavior among nursing home residents with cognitive impairment', *Journal of Korean Academy of Nursing*, vol. 34, no. 8, pp. 1451-1458.

Oh, H, Hur, MH & Eom, M 2005, 'Development and analysis of the effects of caregiver training program on aggressive behavior in elders with cognitive impairment', *Journal of Korean Academy of Nursing*, vol. 35, no. 4, pp. 745-753.

Pellfolk, TJ, Gustafson, Y, Bucht, G & Karlsson, S 2010, 'Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 58, no. 1, pp. 62-69.

Polit, DF & Beck, CT 2012, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 9<sup>th</sup> edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Prince, M, Bryce, R & Ferri, C 2011, *Weltzheimerbericht 2011. Die Vorteile von frühzeitiger Diagnose und Intervention*, Alzheimer's Disease International, London, viewed on 1 December 2012, <<http://www.alz.co.uk/research/Weltzheimerbericht2011.pdf>>.

Pulsford, D & Duxbury J 2006, 'Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 13, no. 5, pp. 611-618.

Pulsford, D, Duxbury, JA & Hadi, M 2011, 'A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 18, no. 2, pp. 97-104.

Rodney, V 2000, 'Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, no. 1, pp. 172-180.

Rolland, Y, Abellan van Kan, G, Hermabessiere, S, Gerard, S, Guyonnet Gillette, S & Vellas, B 2009, 'Descriptive study of nursing home residents from the REHPA network', *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, vol. 13, no. 8, pp. 679-683.

Scott, A, Ryan, A, James, I & Mitchell, EA 2011, 'Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary', *International Journal of Older People Nursing*, vol. 6, no. 2, pp. 110-122.

Scovdahl, K, Kihlgren, AL & Kihlgren, M 2003a, 'Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 12, no. 6, pp. 888-898.

Scovdahl, K, Kihlgren, AL & Kihlgren, M 2003b, 'Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia – narratives from two caregiver groups', *Aging & Mental Health*, vol. 7, no. 4, pp. 277-286.

Shields, M & Wilkins, K 2009, 'Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients', *Health Report*, vol. 20, no. 2, pp. 7-19.

Siever, LJ 2008, 'Neurobiology of aggression and violence', *The American Journal of Psychiatry*, vol. 165, no. 4, pp. 429-442.

Snyder, LA, Chen, PY & Vacha-Haase, T 2007, 'The underreporting gap in aggressive incidents from geriatric patients against certified nursing assistants', *Violence and Victims*, vol. 22, no. 3, pp. 367-379.

Souder, E & O'Sullivan, P 2003, 'Disruptive behaviours of older adults in an institutional setting', *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 29, no. 8, pp. 31–36.

Statistik Austria, 2012, *Spitalsentlassungen nach ausgewählten Diagnosen*, viewed on 1 December 2012, <[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/stationaere\\_/spitalsentlassungen\\_nach\\_ausgewaehlten\\_diagnosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html)>.

Tölle, R, Windgassen, K, Lempp, R & du Bois, R 2011, 'Altersdemenzen', in *Psychiatrie einschließlich Psychotherapie*, 16<sup>th</sup> edition, Springer Medizin Verlag Heidelberg 2012, pp. 301-311.

Walter de Gruyter GmbH 2012, *Pschyrembel Premium Online*, viewed on 15 December 2012, <<http://han.medunigraz.at/han/Pschyrembel/www.degruyter.com/databasecontent?dbid=pschyprem&dbsource=%2Fdb%2Fpschyprem>>.

Wancata, J, Benda, N, Meise, U & Windhaber, J 2003, 'Non-cognitive symptoms of dementia in nursing homes: frequency, course and consequences', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, no. 38, no. 11, pp. 637-643.

Wancata J, Sobocki, P & Katschnig, H 2007, 'Die Kosten von 'Gehirnerkrankungen' in Österreich im Jahr 2004', *Wiener klinische Wochenschrift*, vol. 119, no. 3-4, pp. 91-98.

Weissenberger-Leduc, M & Weiberger, A 2011, *Gewalt und Demenz. Ursachen und Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege*, Springer, Wien.

Whittington, R & Richter, D 2006, 'From the individual to the interpersonal: environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings', in Richter, D & Whittington R (ed.), *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management*, Springer, New York, pp. 47-48.

Wimo, A & Prince, M 2010, *World Alzheimer Report 2010. The global economic impact of dementia*, Alzheimer's Disease International, London, viewed on 1 December 2012, <<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>>.

Wimo, A, Jönsson, L, Gustavsson, A, McDaid, D, Ersek, K, Georges, J, Gulácsi, L, Karpati, K, Kenigsberg, P & Valtonen, H 2011, 'The economic impact of dementia in Europe in 2008 - cost estimates from the Eurocode project', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 26, no. 8, pp. 825-832.

World Health Organization (WHO) 1993, *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva, viewed on 1 December 2012, <<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>>.

World Health Organization (WHO) 2002, *Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung*, World Health Organization, Geneva, viewed on 6 December 2012, <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_ge.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf)>.

World Health Organization (WHO) 2011, *Global Health and Aging*, viewed on 1 December 2012, <[http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)>.

Zeller, A, Needham, I & Halfens, R 2006, 'Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in der Pflegeausbildung', *Pflege*, vol. 19, no. 4, pp. 251-258.

Zeller A, Hahn, S, Needham, I, Kok, G, Dassen, T & Halfens, RJ 2009, 'Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review', *Geriatric Nursing*, vol. 30, no. 3, pp. 174-187.

Zeller, A, Dassen, T, Kok, G, Needham, I & Halfens, RJ 2011, 'Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, no. 17-18, pp. 2469-2478.

Zuidema, S, Koopmans, R & Verhey, F 2007, 'Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients', *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, vol. 20, no. 1, pp. 41-49.

Zwakhalen, SM, Hamers, JP, Peijnenburg, RH & Berger, MP 2007, 'Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia', *Pain Research & Management*, vol. 12, no. 3, pp. 177-184.

# Anhang 1: Literaturrecherche in den Datenbanken und Suchmaschinen

**Tabelle: Literaturrecherche in der Datenbank PubMed**

Nr.	Schlüsselbegriffe	Treffer
#1	"nurses"[Mesh] OR "nursing staff"[Mesh] OR "nurses' aides"[Mesh] OR nurs*	582901
#2	"dementia"[Mesh] OR dement* OR Alzheimer* OR "cognitive* impairment"	164728
#3	"aggression"[Mesh] OR "violence"[Mesh] OR aggress* OR violen* OR abrasiv*	200097
#4	"long-term care"[Mesh] OR "residential facilities"[Mesh] OR "nursing home*" OR "long term care" OR "residential facility"	65251
#5	"attitude"[Mesh] OR "perception"[Mesh] OR attitude* OR percep* OR belief* OR perspective* OR view* OR position* OR opinion OR think* OR approach	2048317
#6	"knowledge"[Mesh] OR "professional competence"[Mesh] OR know* OR competenc* OR skill* OR expertise OR experience* OR cognition OR aware*	2071916
#7	"behavior"[Mesh] OR "adaptation, psychological"[Mesh] OR behav* OR coping OR react* OR adapt* OR manner* OR handl* OR act* OR respons* OR strateg*	5555990
#8	#5 OR #6 OR #7	7757162
#9	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #8 AND Limits	194

Datum der Suche: 27.06.2012; Limitationen: last 10 years (publication date 2002/01/01 to 2012/06/30, language (english, german), human, field (title/abstract))

**Tabelle: Literaturrecherche in der Datenbank CINAHL**

Nr.	Schlüsselbegriffe	Treffer
#1	exp nurse/ OR exp nursing staff/ OR nursing assistant/ OR nurs*	531749
#2	exp dementia/ OR dement* OR Alzheimer* OR cognitive* impairment	34859
#3	exp aggression/ OR exp violence/ OR aggress* OR violen* OR abrasiv*	33334
#4	exp long term care/ OR exp residential home/ OR exp nursing home/ OR nursing home* OR long term care OR residential facilit*	36477
#5	exp attitude/ OR exp perception/ OR attitude* OR percep* OR belief* OR perspective* OR view* OR position* OR opinion OR think* OR approach	353034
#6	exp knowledge/ OR exp professional competence/ OR know* OR competenc* OR skill* OR expertise OR experience* OR cognition OR aware*	357188
#7	exp behavior/ OR exp adaptation/ OR behav* OR coping OR react* OR adapt* OR manner* OR handl* OR act* OR respons* OR strateg*	570148
#8	#5 OR #6 OR #7	930991
#9	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #8 AND Limits	105

Datum der Suche: 27.06.2012; Limitationen: last 10 years (January 2012 to June 2012), language (english, german), human

**Tabelle: Literaturrecherche in der Datenbank Embase 1996 to 2012 via OVID**

Nr.	Schlüsselbegriffe	Treffer
#1	exp nurse/ OR exp nursing staff/ OR exp nursing assistant/ OR nurs*	294281
#2	exp dementia/ OR dement* OR Alzheimer* OR cognitive* impairment	188053
#3	exp aggression/ OR exp violence/ OR aggress* OR violen* OR abrasiv*	188053
#4	exp long term care/ OR exp residential home/ OR exp nursing home/ OR nursing home* OR long term care OR residential facilit*	672061
#5	exp attitude/ OR exp perception/ OR attitude* OR percep* OR belief* OR perspective* OR view* OR position* OR opinion OR think* OR approach	1826989
#6	exp knowledge/ OR exp professional competence/ OR know* OR competenc* OR skill* OR expertise OR experience* OR cognition OR aware*	1852355
#7	exp behavior/ OR exp adaptation/ OR behav* OR coping OR react* OR adapt* OR manner* OR handl* OR act* OR respons* OR strateg*	6636392
#8	#5 OR #6 OR #7	7836111
#9	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #8 AND Limits	308

Datum der Suche: 27.06.2012; Limitationen: last 10 years (2002-current), language (english, german), human

**Tabelle: Literaturrecherche in der Datenbank EBM Reviews- Cochrane Database of Systematic Reviews via OVID**

Nr.	Schlüsselbegriffe	Treffer
#1	nurs*	1681
#2	dement* OR Alzheimer* OR cognitive* impairment	525
#3	aggress* OR violen* OR abrasiv*	780
#4	nursing home* OR long term care OR residential facilit*	283
#5	attitude* OR percep* OR belief* OR perspective* OR view* OR position* OR opinion OR think* OR approach	5821
#6	know* OR competenc* OR skill* OR expertise OR experience* OR cognition OR aware*	7082
#7	behav* OR coping OR react* OR adapt* OR manner* OR handl* OR act* OR respons* OR strateg*	7552
#8	#5 OR #6 OR #7	7563
#9	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #8 AND Limit	41

Datum der Suche: 27.06.2012; Limitation: last 10 years

**Tabelle: Literaturrecherche in der Datenbank ISI Web of knowledge**

Nr.	Schlüsselbegriffe	Treffer
#1	nurs*	Approximately 828,397
#2	dement* OR Alzheimer* OR cognitive* impairment	Approximately 640,284
#3	aggress* OR violen* OR abrasiv*	Approximately 557,110
#4	nursing home* OR long term care OR residential facilit*	Approximately 260,750
#5	attitude* OR percep* OR belief* OR perspective* OR view* OR position* OR opinion OR think* OR approach	Approximately 8,021,127
#6	know* OR competenc* OR skill* OR expertise OR experience* OR cognition OR aware*	Approximately 7,179,759
#7	behav* OR coping OR react* OR adapt* OR manner* OR hand* OR act* OR re-spons* OR strateg*	Approximately 34,564,193
#8	#5 OR #6 OR #7	Approximately 41,491,397
#9	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #8 AND Limits	349

Datum der Suche: 02.07.2012; Limitationen: last 10 years, language (german, english), document type (article, review, clinical trial, case reports)

**Tabelle: Literaturrecherche in der Datenbank GerOLIT (deutsch)**

Nr.	Schlüsselbegriffe (deutsch)	Treffer
#1	Pflege* ODER Krankenpflege* ODER Krankenschwester* ODER Altenpflege* UND Limits	18528
#2	ODER Alzheimer* ODER kognitiv* Beeinträcht* UND Limits	3223
#3	Aggress* ODER Gewalt* UND Limits	624
#4	Langzeitpflege* ODER Pflegeheim* ODER Altersheim* ODER Altenheim* UND Limits	6383
#5	Einstellung* ODER Wahrnehm* ODER Sicht* ODER Meinung* UND Limits	4434
#6	Wissen* ODER Kenntnis* ODER Kompetenz* ODER Erfahrung* UND Limits	8030
#7	Verhalten* ODER Umgang* ODER Reaktion* ODER Antwort* UND Limits	6214
#8	#5 ODER #6 ODER #7	14398
#9	#1 UND #2 UND #3 UND #4 UND #8 UND Limits	17

Datum der Suche: 03.07.2012; Limitationen: Erscheinungsjahr 2002-2012, Sprache (deutsch)

**Tabelle: Literaturrecherche in der Datenbank GerolIT (englisch)**

Nr.	Schlüsselbegriffe (englisch)	Treffer
#1	Nurs* <i>UND Limits</i>	680
#2	dement* ODER Alzheimer* ODER cognitive* impairment <i>UND Limits</i>	1866
#3	aggress* ODER violen* <i>UND Limits</i>	591
#4	nursing home* ODER long term care ODER residential facilit* <i>UND Limits</i>	1049
#5	attitude* ODER percep* ODER view* ODER opinion <i>UND Limits</i>	508
#6	know* ODER competenc* ODER skill* ODER experience* <i>UND Limits</i>	671
#7	behav* ODER coping ODER react* ODER respons* <i>UND Limits</i>	1410
#8	#5 ODER #6 ODER #7 <i>UND Limits</i>	2440
#9	#1 <i>UND</i> #2 <i>UND</i> #3 <i>UND</i> #4 <i>UND</i> #8 <i>UND Limits</i>	3

Datum der Suche: 03.07.2012; Limitationen: Erscheinungsjahr 2002-2012, Sprache (englisch)

**Tabelle: Literaturrecherche in der Datenbank PscyINFO 1806 to June Week 4 2012 via OVID**

Nr.	Schlüsselbegriffe	Treffer
#1	exp nurses/OR exp nursing/OR nurs*	63138
#2	exp dementia/OR dement* OR Alzheimer* OR cognitive* impairment	75657
#3	exp aggressive behavior/OR exp violence/ OR aggress* OR violen* OR abrasiv*	153742
#4	exp long term care/ OR residential care institutions/ OR nursing home* OR long term care OR residential facilit*	20172
#5	exp attitudes/OR exp perception/OR attitude* OR percep* OR belie*f* OR perspective* OR view* OR position* OR opinion OR think* OR approach	1215398
#6	exp "knowledge (general)"/ OR exp professional competence/ OR know* OR competenc* OR skill* OR expertise OR experience* OR cognition OR aware*	867568
#7	exp behavior/OR exp adaptation/OR behav* OR coping OR react* OR adapt* OR manner* OR handl* OR act* OR respons* OR strateg*	1919851
#8	#5 OR #6 OR #7	2565149
#9	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #8 <i>AND Limits</i>	138

Datum der Suche: 05.07.2012; Limitationen: last 10 years (2002-current), language (english, german), human

### **Tabelle: Literaturrecherche in der Suchmaschine Google scholar**

<b>Nr.</b>	<b>Schlüsselbegriffe</b>	<b>Treffer</b>
#1	nursing AND dementia AND aggression AND nursing home AND attitude AND knowledge AND behavior	ungefähr 4.720

Datum der Suche: 05.07.2012; Limitationen: Sprache (deutsch, englisch), Zeitraum (2002-2012), die ersten fünf Seiten (je zehn Treffer) wurden gesichtet

### **Tabelle: Literaturrecherche in der Suchmaschine dogpile**

<b>Nr.</b>	<b>Schlüsselbegriffe</b>	<b>Treffer</b>
#1	nursing AND dementia AND aggression AND nursing home AND attitude AND knowledge AND behavior	k.A.

Datum der Suche: 05.07.2012; Limitationen: die ersten fünf Seiten (je zehn Treffer) wurden gesichtet

## Anhang 2: Kritische Bewertungen der Studien

Die Bewertungen der Artikel sind alphabetisch nach AutorInnen geordnet.

### Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care' (Aström et al. 2004)

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Ja
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		<b>+</b>
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>Does the problem have significance for nursing?</li> <li>Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Ja
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Ja (p. 411)
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	k.A. zu theoretischem Rahmen
<b>Method</b>		<b>~</b>
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja (p. 415)
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja, aber Gefahr der Verzerrung
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	Ja (p. 411), aber Selektionsbias, k.A. zu Poweranalyse
Data collection and measure-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> </ul>	Ja (p. 411f), Interview wur-

ment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>• Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>• Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	de erklärt (p. 411f)
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	k.A.
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu Frage 4 bis 6
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	k.A. von Signifikanzniveau, p-Werten, CI, Ergebnisse aber übersichtlich dargestellt (p. 412)
<b>Discussion</b>		+
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zur Generalisierbarkeit
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja (p. 414f)
<b>Global Issues</b>		+
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>• Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	Ja
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care' (Boström et al. 2011)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Ja, außer Angabe zu Setting fehlt
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		+
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>Does the problem have significance for nursing?</li> <li>Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Ja (p. 1455)
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Ja (p. 1455)
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	Nein, k. A. zu diesem Punkt
<b>Method</b>		~
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja (p. 1457)
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	Ja (p. 1455), Stichprobengröße aufgrund Pilotstudie begründet
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> </ul>	k.A. zu Konzepten, Instrumente sind beschrieben (p.1456f), k.A. zu Reliabilität und Validität

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	bei Workplace Violence Tool, niedriges Cronbach's Alpha bei ACT-Skala
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	k.A.
<b>Results</b>		<b>+</b>
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	Ja (p. 1457), aber k.A. zu Umgang mit fehlenden Werten
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	Ja, Angabe der p-Werte, k.A. der CI, Ergebnisse wurden adäquat zusammengefasst
<b>Discussion</b>		<b>+</b>
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu konzeptuellen Rahmen (p. 1461ff)
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja (p. 1463)
<b>Global Issues</b>		<b>+</b>
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	Ja
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work' (Brodaty, Draper & Low 2003)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Ja
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja, jedoch sehr lang
<b>Introduction</b>		-
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>Does the problem have significance for nursing?</li> <li>Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Nein, Einleitung kurz, nicht strukturiert, k.A. zu theoretischem Rahmen
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Nein, Forschungsziel formuliert, (p. 584), k.A. von Theorie
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja, jedoch unstrukturiert und kurz geschrieben
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	k.A. zu diesem Punkt
<b>Method</b>		~
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja (p. 584f)
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja, aber Daten der BewohnerInnen von einem Heim und Personal aus 11 Heimen-Biasgefahr
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	Population ist beschrieben, aber Bias-Gefahr, k.A. zu Poweranalyse
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> </ul>	k.A. zu Konzepten, Skalen detailliert beschrieben, zwei Skalen wurden auf englisch nicht psychometrisch getestet

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	tet (p. 585)
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	Ja, Informationstreffen, k.A. zu Datensammlung
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	Ja, aber demographische Daten unvollständig (p. 585), Fragebögen mussten für die Analyse zu 90% ausgefüllt sein - Bias-Gefahr
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	Ja, aber k.A. von CI, Rücklaufquote, Ergebnisse aber übersichtlich zusammengefasst
<b>Discussion</b>		-
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Nein, keine Interpretation und Diskussion mit Literatur, sondern nur Zusammenfassung, limitierte Übertragbarkeit (p. 588)
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Nicht ausführlich
<b>Global Issues</b>		~
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	aufgrund der großen Tabellen, Text sehr kurz, verständlich für Pflegepersonen
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja, Ergebnisse valide, aber Übertragbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'Reducing dementia-related aggression through a staff education intervention' (Chrzescijanski, Moyle & Creedy 2007)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Ja
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Nein
<b>Introduction</b>		-
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>Does the problem have significance for nursing?</li> <li>Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Ja (p. 274f)
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Nein, keine Begründung
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Nein, Großteil der Literatur ist älter als zehn Jahre
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	Nein, k. A. zu diesem Punkt
<b>Method</b>		~
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja, Ethikvotum und informierte Zustimmung (p. 277)
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	Population wird beschrieben (p. 275f), geringe Rücklaufquote (p. 276)
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>Does the report provide evidence that the data collection methods yield-</li> </ul>	k.A. zu Konzepten, Instrumente mit psychometrischen Eigenschaften dargestellt, außer MMSE

	ed data that were reliable and valid?	(p. 276f)
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	Wenig Information zur Intervention (p. 275), Datensammlung beschrieben (p. 277)
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu Ausfällen und fehlenden Werten
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu CI und demographischen Daten der Pflegepersonen
<b>Discussion</b>		~
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja, jedoch irritierend, dass ein theoretischer Bezugsrahmen erwähnt wird (p. 279)
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja (p. 281)
<b>Global Issues</b>		~
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>• Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	Außer Diskussion gut geschrieben aber kein Flow Chart
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ergebnisse sind valide, aber Studie mit großer Stichprobe ist nötig

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'A survey of the frequency and impact of behaviours of concern in dementia on residential aged care staff' (Cubit et al. 2007)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Ja
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		~
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>Does the problem have significance for nursing?</li> <li>Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Ja (p. 65)
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Nein
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	Nein, k.A. zu diesem Punkt
<b>Method</b>		~
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja (p. 66)
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	Population beschrieben (p. 65), 34% Rücklaufquote, Gelegenheitsstichprobe, PflegehelferInnen überrepräsentativ
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> </ul>	Begriff <i>Behaviors of Concern</i> und Instrumente beschrieben (p.65f), aber

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>• Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	k.A. zu Pretests bzw. psychometrischen Tests
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	k.A.
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	Ja (p. 66)
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	p-Wert nicht immer angegeben, k.A. zu CI, Ergebnisse in Tabelle 1 zusammengefasst, aber schwer lesbar
<b>Discussion</b>		+
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja (p.68)
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja (p. 69)
<b>Global Issues</b>		~
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>• Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	Ja
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja, aber wegen niedriger Rücklaufquote Ergebnisse nicht generalisierbar

**Kritische Bewertung nach Ciliska, Dobbins & Thomas (2007) der systematischen Literaturübersicht 'Management of person with dementia with aggressive and violent behavior: a systematic literature review' (Enmarker, Olsen & Hellzen 2011)**

<b>1. Are the results valid?</b>	~
<p><b>Did the review address a sensible question?</b> Ziel des systematischen Reviews wird mit klarer Beschreibung der Population dargestellt. Die Ergebnisse, welche von Interesse sind, werden nicht präzisiert (p. 154).</p> <p><b>Was the search detailed and exhaustive?</b> Ja, die verwendeten Datenbanken, Datum der Literatursuche, limitierter Zeitraum von zehn Jahren, Handsuche mittels Durchsicht der Referenzlisten sind angegeben. Die verwendeten Suchbegriffe werden nicht detailliert dargestellt (p. 154f).</p> <p><b>Were the primary studies of high methodological quality?</b> Die methodologische Qualität der eingeschlossenen Studien, wurde von den AutorInnen in qualitative, randomisierte, prospektive und retrospektive Studien klassifiziert. Qualitative Studien mit niedriger Qualität wurden ausgeschlossen (p. 155).</p> <p><b>Were assessments of primary studies reproducible?</b> Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien wurden definiert (p. 154). Zusätzlich wurde eine Bewertung der Studienqualität von den AutorInnen vorgenommen. Genaue Informationen über Umgang mit Uneinigkeiten werden nicht erwähnt. Das methodische Vorgehen der Literaturrecherche wird in einem Flow-Chart dargestellt (p. 155). Tabelle 1 beschreibt die eingeschlossenen Studien anhand Forschungsziel, Design, Methode, Teilnehmerrinnen, Hauptergebnisse und Art der Studie (p. 156ff).</p>	
<b>2. What are the results?</b>	~
<p><b>Were the results similar from study to study?</b> Die eingeschlossenen Studien sind aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen/Designs schwer miteinander vergleichbar. Die Ergebnisse werden narrativ und ohne statistische Tests (k.A. von p-Werten, Konfidenzintervallen etc.) zusammengefasst.</p> <p><b>What were the overall results?</b> Die Hauptergebnisse werden in Tabelle 1 dargestellt (p. 156ff).</p> <p><b>How precise were the results?</b> k.A. von statistischen Zahlen. Die Ergebnisse werden allgemein beschrieben.</p>	
<b>3. How can I apply the results?</b>	-
<p><b>How can I best interpret the results to apply them to patient care/policy decision?</b> Da keine statistischen Zahlen angegeben sind, die eingeschlossenen Studien unterschiedlich sind und keine Limitationen der einzelnen Studien angegeben werden, sind die Ergebnisse schwer in die Praxis übertragbar. Implikationen für die Praxis werden angegeben (p. 160).</p> <p><b>Were all the important outcomes considered?</b> Ja.</p> <p><b>Are the benefits worth the costs and potential risks?</b> Die AutorInnen empfehlen vorteilhafte Managementansätze zu Aggression und Demenz in der Praxis. Aufgrund der Heterogenität der Studien, müssen diese jedoch mit Vorsicht betrachtet werden.</p>	

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving' (Hoeffler et al. 2006)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Ja, aber Intervention nicht genau benannt
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		~
Statement of the	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> </ul>	Ja (p. 526)

problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>• Does the problem have significance for nursing?</li> <li>• Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>• Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>• Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Ja (p. 526), k.A. zu konzeptuellen Rahmen
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>• Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>• Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja, jedoch nicht nur aktuelle Literatur
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>• Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	k.A.
<b>Method</b>		~
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>• Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja (p. 527), aber k.A. zu Genehmigung durch Ethikkommission
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>• Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>• Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>• Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>• Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>• Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	Ja (p. 526f), aber k.A. zu Poweranalyse
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>• Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>• Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>• Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	Ja, Konzepte und Instrumente mit Reliabilität beschrieben (p. 527f), k.A. zu Validität
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	Ja (p. 527)
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumption-</li> </ul>	Ja, aber k.A. zur Fehlervermeidung bzw. intention-to-

	<p>tions of the tests?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	treat-Analyse
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	Ergebnisse zusammengefasst, p-Werte ohne CI angegeben, Ergebnisse in Tabellen dargestellt
<b>Discussion</b>		~
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Keine Diskussion mit anderen Studien, Limitationen erwähnt, Generalisierbarkeit fraglich
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja (p. 531)
<b>Global Issues</b>		~
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>• Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	Kein Flow Chart, Ergebnisse sind kompliziert beschrieben
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der qualitativen Studie 'Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers' (Isaksson, Aström & Graneheim 2008)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the title a good one, suggesting the key phenomenon and the group or community under study?</li> </ul>	Ja, aber nicht ersichtlich wer Aggression zeigt
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		+
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the problem stated unambiguously and is it easy to identify?</li> <li>• Does the problem statement build a cogent and persuasive argument for the new study?</li> <li>• Does the problem have significance for nursing?</li> <li>• Is there a good match between the research problem on the one hand and the paradigm, tradition, and methods on the other?</li> </ul>	Ja (p. 1661), aber k.A. zu konzeptuellen Rahmen

Research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are research questions explicitly stated? If not, is there absence justified?</li> <li>• Are the questions consistent with the study's philosophical basis, underlying tradition, conceptual framework, or ideological orientation?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu konzeptuellen Rahmen
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Does the report adequately summarize the existing body of knowledge related to the problem of phenomenon or interest?</li> <li>• Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja
Conceptual underpinings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>• Is the philosophical basis, underlying tradition, conceptual framework, or ideological orientation made explicit and is it appropriate for the problem?</li> </ul>	Aggression und Gewalt werden definiert (p.1660f)
<b>Method</b>		~
Protection of participants' rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study subject to external review by an IRB/ethics review board?</li> <li>• Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja (p. 1662)
Research design and research tradition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the identified research tradition (if any) congruent with the methods used to collect and analyse data?</li> <li>• Was an adequate amount of time spent in the field or with study participants?</li> <li>• Did the design unfold in the field, giving researchers opportunities to capitalize on early understandings?</li> <li>• Was there an adequate number of contacts with study participants?</li> </ul>	k.A. zu Tradition, Interviewdauer 17-54 Minuten, ausreichende(s) Verstehen und Personenzahl (p. 1661)
Sample and setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the group or population of interest adequately described? Were the setting and sample described in sufficient detail?</li> <li>• Was the approach used to recruit participants or gain access to the site productive and appropriate?</li> <li>• Was the best possible method of sampling used to enhance information richness and address the needs of the study?</li> <li>• Was the sample size adequate? Was saturation achieved?</li> </ul>	Ja (p. 1661), wenig Angaben zu Setting, k.A. zu Rekrutierung, adäquates Sample (p. 1661)
Data collection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were the methods of gathering data appropriate? Were data gathered through two or more methods to achieve triangulation?</li> <li>• Did the researcher ask the right questions or make the right observations, and were they recorded in an appropriate fashion?</li> <li>• Was a sufficient amount of data gathered? Were the data of sufficient depth and richness?</li> </ul>	Ja (p. 1662)
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are data collection and recording procedures adequately described and do they appear appropriate?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	Ja (p. 1662)
Enhancement of trustworthiness	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Did the researchers use effective strategies to enhance the trustworthiness/integrity of the study, and was the description of those methods adequate?</li> <li>• Were the methods used to enhance credibility appropriate and sufficient?</li> <li>• Did the researcher document research procedures and decision processes sufficiently that findings are auditable and confirmable?</li> <li>• Is the evidence of researcher reflexivity?</li> <li>• Is there 'thick description' of the context, participants, and findings, and was it at a sufficient level to support transferability?</li> </ul>	Ja (p. 1662, 1665)
<b>Results</b>		+
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the data management and data analysis methods sufficiently described?</li> <li>• Was the data analysis strategy compatible with the research tradition and with the nature and type of data gathered?</li> <li>• Did the analysis yield an appropriate 'product' (e.g. a theory, taxonomy, thematic pattern)?</li> <li>• Do the analytic procedures suggest the possibility of biases?</li> </ul>	Ja (p. 1662), k.A. zu theoretischen Rahmen, Biasgefahr: Schwierigkeit eine Aussage nur einem Code zuzuordnen (p. 1665)
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the findings effectively summarized, with good use of excerpts and supporting arguments?</li> </ul>	Ja

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do the themes adequately capture the meaning of the data? Does it appear that the researcher satisfactorily conceptualized the themes or patterns in the data?</li> <li>Did the analysis yield an insightful, provocative, authentic and meaningful picture of the phenomenon under investigation?</li> </ul>	
Theoretical integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the themes or patterns logically connected to each other to form a convincing and integrated whole?</li> <li>Are figures, maps, or models used effectively to summarize conceptualizations?</li> <li>If a conceptual framework or ideological orientation guided the study, are the themes or patterns linked to it in a cogent manner?</li> </ul>	Ja, aber keine Graphik und k.A. zu konzeptuellen Rahmen
<b>Discussion</b>		<b>+</b>
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the findings interpreted within an appropriate social or cultural context?</li> <li>Are major findings interpreted and discussed within the context of prior studies?</li> <li>Are the interpretations consistent with the study's limitations?</li> </ul>	Ja
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further inquiry – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja (p. 1665)
<b>Global Issues</b>		<b>+</b>
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the report well written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>Is the description of the methods, findings, and interpretations sufficiently rich and vivid?</li> </ul>	Ja
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do the study findings appear to be trustworthy – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der qualitativen-quantitativen Studie 'Physically violent behaviour in dementia care: characteristics of residents and management of violent situations' (Isaksson et al. 2011)**

\* Fragen in **blau** geschriebener Schrift beziehen sich auf den qualitativen Teil des Forschungsartikels

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> <li><b>Is the title a good one, suggesting the key phenomenon and the group or community under study?*</b></li> </ul>	Ja
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		<b>+</b>
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>Does the problem have significance for nursing?</li> <li>Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Ja (p. 573f), aber k.A. zu Paradigma
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> <li><b>Are the questions consistent with the study's philosophical basis, underlying tradition, conceptual framework, or ideological orientation?</b></li> </ul>	Ja, spezifisiertes Forschungsziel wird angegeben (p. 574)
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the literature review up to date and based mainly on primary</li> </ul>	Ja

	<ul style="list-style-type: none"> <li>sources?</li> <li>Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>Does the report adequately summarize the existing body of knowledge related to the problem of phenomenon or interest?</li> <li>Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> <li>Is the philosophical basis, underlying tradition, conceptual framework, or ideological orientation made explicit and is it appropriate for the problem?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu Tradition
<b>Method</b>		-
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja (p. 574)
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> <li>Is the identified research tradition (if any) congruent with the methods used to collect and analyse data?</li> <li>Was an adequate amount of time spent in the field or with study participants?</li> <li>Did the design unfold in the field, giving researchers opportunities to capitalize on early understandings?</li> <li>Was there an adequate number of contacts with study participants?</li> </ul>	Biasgefahr: Gelegenheitsstichprobe von Heimen, welche bereits bei anderen Studien mitgemacht hatten, Interviews dauerten im Mittelwert 25 Minuten, ausreichende Anzahl an TeilnehmerInnen wurde gewählt
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> <li>Was the approach used to recruit participants or gain access to the site productive and appropriate?</li> <li>Was the best possible method of sampling used to enhance information richness and address the needs of the study?</li> <li>Was the sample size adequate? Was saturation achieved?</li> </ul>	k.A. zu den Pflegepersonen, Biasgefahr: Studie innerhalb eines großen Projektes, k.A. zu Poweranalyse und zu Datensättigung
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> <li>Were the methods of gathering data appropriate? Were data gathered through two or more methods to achieve triangulation?</li> <li>Did the researcher ask the right questions or make the right observations, and were they recorded in an appropriate fashion?</li> <li>Was a sufficient amount of data gathered? Were the data of sufficient depth and richness?</li> </ul>	Ja, aber wenig Angaben zum Fragebogen, Instrumente werden mit psychometrischen Eigenschaften beschrieben (p. 574), k.A. zu Triangulation und gestellte Fragen
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff</li> </ul>	k.A. zu Instruktionen der Pflegepersonen, k.A. zu standardisiertem Vor-

	<p>who collected data appropriately trained?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Are data collection and recording procedures adequately described and do they appear appropriate?</li> </ul>	gehen der Interviewer, k.A. zu Datensammlung
Enhancement of trustworthiness	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Did the researchers use effective strategies to enhance the trustworthiness/integrity of the study, and was the description of those methods adequate?</li> <li>• Were the methods used to enhance credibility appropriate and sufficient?</li> <li>• Did the researcher document research procedures and decision processes sufficiently that findings are auditable and confirmable?</li> <li>• Is the evidence of researcher reflexivity?</li> <li>• Is there 'tick description' of the context, participants, and findings, and was it at a sufficient level to support transferability?</li> </ul>	k.A. zu Methodik der Interviews
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> <li>• Are the data management and data analysis methods sufficiently described?</li> <li>• Was the data analysis strategy compatible with the research tradition and with the nature and type of data gathered?</li> <li>• Did the analysis yield an appropriate 'product' (e.g. a theory, taxonomy, thematic pattern)?</li> <li>• Do the analytic procedures suggest the possibility of biases?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu Poweranalyse und Datenanalyse der Interviews
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> <li>• Are the findings effectively summarized, with good use of excerpts and supporting arguments?</li> <li>• Do the themes adequately capture the meaning of the data? Does it appear that the researcher satisfactorily conceptualized the themes or patterns in the data?</li> <li>• Did the analysis yield an insightful, provocative, authentic and meaningful picture of the phenomenon under investigation?</li> </ul>	Ja, Angaben von p-Werten, CI, in Tabellen dargestellt (p. 575f), k.A. zu Art und Weise der Kategorienbildung
Theoretical integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the themes or patterns logically connected to each other to form a convincing and integrated whole?</li> <li>• Are figures, maps, or models used effectively to summarize conceptualizations?</li> <li>• If a conceptual framework or ideological orientation guided the study, are the themes or patterns linked to it in a cogent manner?</li> </ul>	Ergebnisse werden in einer Tabelle dargestellt
<b>Discussion</b>		~
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are the findings interpreted within an appropriate social or cultural context?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu Interpretation innerhalb des sozio-kulturellen Konzepts, Ergebnisse des Fragebogens nicht generalisierbar (p. 577)
Implications/	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical</li> </ul>	Implikationen

recommendations	practice or further research – and are those implications reasonable and complete?	für Forschung, aber nicht für Praxis (p. 577)
<b>Global Issues</b>		~
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>• Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> <li>• <i>Is the description of the methods, findings, and interpretations sufficiently rich and vivid?</i></li> </ul>	Ja, aber kein Flow Chart, Ergebnisse nicht ausreichend interpretiert
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• <i>Do the study findings appear to be trustworthy – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</i></li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja, aber Anwendung der Ergebnisse der Interviews mit Vorsicht zu verwenden

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'Aggression exhibited by older dementia clients towards staff in Japanese long-term care' (Ko et al. 2012)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	abhängige Variable nicht definiert
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		~
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>• Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>• Does the problem have significance for nursing?</li> <li>• Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Ja, jedoch keine Beschreibung des Paradigmas in der Einleitung
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>• Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>• Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Ja (p. 3f), aber unklar, da zweimal anderes Ziel definiert wurde, k.A. zu konzeptuellen Rahmen, welcher graphisch dargestellt ist
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>• Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>• Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	roter Faden nicht gegeben, sprunghaft und wiederholend geschrieben
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>• Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	k.A.
<b>Method</b>		-
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>• Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to</li> </ul>	Ja (p. 6), aber k.A. zu Genehmigung durch Ethikkommission

	participants?	
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>• Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>• Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>• Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>• Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>• Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	Ja (p. 4), k.A. zu Poweranalyse, Rücklaufquote 87.6% (p. 7)
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>• Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>• Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>• Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	k.A. zu Definitionen, jedoch wurde Framework ohne Literatur aufgestellt, Kategorien des Fragebogens beschrieben, k.A. zu Pretests und psychometrischen Eigenschaften (p. 4f)
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	Ja (p. 6)
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	Ja (p. 6f), aber k.A. zu Poweranalyse, unvollständige Fragebögen wurden ausgeschlossen (n=42): Gefahr der Verzerrung
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	Ja, aber p-Werte werden ohne CI angegeben, Ergebnisse werden zusammengefasst
<b>Discussion</b>		~
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja, aber Generalisierbarkeit eingeschränkt, da Heime von einem Bezirk (p. 14)
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja (p. 15)
<b>Global Issues</b>		~
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the</li> </ul>	einfach geschrieben, jedoch roter

	<p>flow of participants in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	Faden nicht immer gegeben
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units' (Morgan et al. 2005)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Ja
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		~
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>• Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>• Does the problem have significance for nursing?</li> <li>• Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu Paradigma
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>• Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>• Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Ja, Forschungsziel mit Kernvariablen angegeben (p. 348), k.A. zu Paradigma
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>• Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>• Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>• Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	Nein, keine Definition von Aggression, k.A. zu Paradigma
<b>Method</b>		~
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>• Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	k.A. zu Anonymisierung der Daten, Zustimmung durch Ethikkommission (p. 349)
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>• Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>• Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>• Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>• Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>• Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	Gelegenheitsstichprobe, k.A. zu Poweranalyse, Rücklaufquote niedrig:

		Gefahr der Verzerrung
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>• Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>• Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>• Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	Ja, Fragebögen wurden mit wenig psychometrischen Tests beschrieben, k.A. zu Durchführung der Datensammlung
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	k.A. ob PflegehelferInnen ein Informations-schreiben erhielten
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	Ja (p. 350f), aber k.A. zu Poweranalyse, Umgang mit unvollständigen Fragebögen
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	teilweise fehlen statistische Zahlen, p-Werte, CI in Tabellen dargestellt
<b>Discussion</b>		~
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu Paradigma, k.A. zu Limitationen und Generalisierbarkeit
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja, insbesondere zu Training der Pflegepersonen
<b>Global Issues</b>		~
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>• Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	Ja
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Nicht ersichtlich welche Interventionen vor Erhebung gemacht wurden: Biasgefahr

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'Nursing aide reports of combative behavior by residents with dementia: results from a detailed prospective incident diary' (Morgan et al. 2012)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Abhängige Variable wurde nicht angegeben
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		<b>+</b>
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>Does the problem have significance for nursing?</li> <li>Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Ja
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Forschungsziel, theoretischer Rahmen und Aggression wurden definiert
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja, jedoch sprunghaft geschrieben
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	Theorie wurde beschrieben
<b>Method</b>		<b>~</b>
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	k.A. zu Poweranalyse, Rücklaufquote sehr niedrig
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	Ja, Entwicklung und Aufbau des Tagebuchs wird beschrieben, k.A. zu psychometrischen Eigenschaften
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff</li> </ul>	Bias bei Datensammlung durch Instruktionen reduziert

	who collected data appropriately trained?	
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	k.A. zu Signifikanzniveau, Poweranalyse, statistische Methoden sind beschrieben, k.A. zu Umgang mit unvollständigen Berichten
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	k.A. von p-Werten und CI, Ergebnisse zusammengefasst
<b>Discussion</b>		+
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja, Implikationen für Forschung und Praxis gegeben
<b>Global Issues</b>		+
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>• Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	sehr verständlich geschrieben
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja, jedoch ist niedrige Rücklaufquote zu berücksichtigen

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'A study on aggressive behavior among nursing home residents with cognitive impairment' (Oh, Eom & Kwon 2004)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Angabe zur abhängigen Variable fehlt
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		+
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>• Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>• Does the problem have significance for nursing?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu theoretischen Rahmen

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>• Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>• Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Ja (p. 1452)
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>• Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>• Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>• Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	Ja (p. 1452), aber k.A. zu theoretischen Rahmen
<b>Method</b>		~
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>• Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja, informierte Zustimmung, k.A. zu Genehmigung durch Ethikkommission
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>• Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>• Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>• Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zur Rücklaufquote
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>• Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>• Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	Demographische Daten beschrieben, k.A. zur Rücklaufquote, Poweranalyse
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>• Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>• Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>• Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	Ja, aber nur Angabe der Reliabilität im Original, k.A. zu psychometrischen Eigenschaften der übersetzten Instrumente (p. 1454)
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu Instruktionen der Pflegenden
<b>Results</b>		+
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	Ja, aber Daten von 15 PatientInnen wurden aufgrund unvollständiger Daten exkludiert (p. 1455)
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information</li> </ul>	Ja, aber k.A.

	<p>about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	zu Signifikanzniveau, übersichtliche Tabellen
<b>Discussion</b>		<b>+</b>
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja, aber Generalisierbarkeit reduziert durch kleine Stichprobe
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja (p. 1458)
<b>Global Issues</b>		<b>+</b>
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>• Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	Ja, einfach und strukturiert geschrieben
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'Development and analysis of the effects of caregiver training program on aggressive behavior in elders with cognitive impairment' (Oh, Hur & Eom 2005)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Ja, jedoch keine Angabe zu Setting
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		<b>+</b>
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>• Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>• Does the problem have significance for nursing?</li> <li>• Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Ja (p. 746f), Angabe zu Paradigma gegeben
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>• Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>• Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Ja (p. 745, 747)
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>• Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>• Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>• Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	Ja
<b>Method</b>		<b>-</b>

Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>• Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja (p. 747), aber k.A. zu Zustimmung durch Ethikkommission
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>• Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>• Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>• Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Nein, keine Kontrollgruppe
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>• Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>• Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	Ja, aber kleine Stichprobe, k.A. zu Poweranalyse (p. 747)
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>• Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>• Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>• Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	Instrumente, Übersetzungsprozess des RAS wurden beschrieben, nur Reliabilität der englischen Version angegeben, ABMS wird mit Cronbachs Alpha dieser Studie angegeben (p. 747f)
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	Ja, Schulung genau beschrieben (p.747, Tabelle, 1, 2)
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	Ja, p-Werte ohne CI werden angegeben, k.A. von Poweranalyse, unvollständigen Daten wurden aus Analyse ausgeschlossen
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	Ja, p-Werte sind angegeben, Ergebnisse in Tabellen, Graphiken dargestellt
<b>Discussion</b>		+
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja, Generalisierbarkeit ist eingeschränkt, da kleine Stichprobe, Biasgefahr aufgrund der Schulung (p. 748)

Implications/ recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja
<b>Global Issues</b>		~
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	Strukturiert und einfach geschrieben, k.A zu Flow Chart
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja, aber Generalisierbarkeit nicht eingeschränkt

**Kritische Bewertung nach Ciliska, Dobbins & Thomas (2007) der systematischen Literaturübersicht 'Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review' (Pulsford & Duxbury 2006)**

<b>1. Are the results valid?</b>	-
<p><b>Did the review address a sensible question?</b> Nein, das Forschungsziel wird mit klarer Beschreibung der Population und des Settings dargestellt, jedoch wird die Hauptzielgröße nicht präzisiert (p. 611).</p> <p><b>Was the search detailed and exhaustive?</b> Datenbanken und verwendete Schlüsselwörter werden angegeben. Angaben zu Zeitraum der Suche, Limitationen bei der Suche, Ein- und Ausschlusskriterien der Studien und Informationen zur Handsuche fehlen (p. 611).</p> <p><b>Were the primary studies of high methodological quality?</b> k.A. zur methodologischen Qualität der eingeschlossenen Studien.</p> <p><b>Were assessments of primary studies reproducible?</b> k.A. zu diesem Punkt.</p>	
<b>2. What are the results?</b>	-
<p><b>Were the results similar from study to study?</b> Da verschiedene Themenbereiche zu Aggression bei Demenz beleuchtet und die Ergebnisse der Studien narrativ und ohne statistische Tests dargestellt werden, sind die Studien schwer miteinander vergleichbar. Es werden keine unterschiedlichen Ergebnisse zwischen Studien aufgezeigt.</p> <p><b>What were the overall results?</b> Keine Schwerpunktsetzung ist aus dem Review ersichtlich: verschiedene Themenbereiche werden mit Literatur beschrieben.</p> <p><b>How precise were the results?</b> k.A. von statistischen Zahlen.</p>	
<b>3. How can I apply the results?</b>	~
<p><b>How can I best interpret the results to apply them to patient care/policy decision?</b> Aufgrund fehlender Angaben zu Vorgehen beim Review, statistischer Zahlen und allgemein formulierter Forschungsfrage ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse in die Praxis fraglich. Implikationen für Forschung und Praxis werden gegeben (p. 616).</p> <p><b>Were all the important outcomes considered?</b> Nein, zu jedem Themenbereich gibt es mehr wissenschaftliche Artikel als im Review eingeschlossen wurden.</p> <p><b>Are the benefits worth the costs and potential risks?</b> Vor- und Nachteile zu verschiedenen Managementansätzen zu Demenz und Aggression werden beschrieben. Aufgrund fehlender Evidenz ist die Generalisierbarkeit eines Ansatzes in der Praxis eingeschränkt. Weitere Forschung ist diesbezüglich notwendig.</p>	

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der quantitativen Studie 'A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings' (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?</li> </ul>	Ja
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		<b>+</b>
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify?</li> <li>Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study?</li> <li>Does the problem have significance for nursing?</li> <li>Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?</li> </ul>	Ja (p. 98), aber k.A. zu Theorie im Hintergrund
Hypotheses or research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified?</li> <li>Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population?</li> <li>Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?</li> </ul>	Ja (p. 99), aber k.A. zu konzeptuellen Rahmen
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?</li> <li>Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem?</li> <li>Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja
Conceptual/theoretical framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?</li> </ul>	keine Definitionen vorhanden
<b>Method</b>		<b>~</b>
Protection of human rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board?</li> <li>Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja (p. 100)
Research design	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was the most rigorous possible design used, given the study purpose?</li> <li>Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings?</li> <li>Was the number of data collection points appropriate?</li> <li>Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?</li> </ul>	Ja, aber Gefahr des Selektionsbias
Population and sample	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the population described? Is the sample described in sufficient detail?</li> <li>Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized?</li> <li>Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?</li> </ul>	wenig Angaben zu Pflegenden (Tabelle 1), Gefahr des Selektionsbias, k.A. zu Poweranalyse, Rücklaufquote niedrig
Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the operational and conceptual definitions congruent?</li> <li>Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification?</li> <li>Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population?</li> <li>Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?</li> </ul>	Ja, aber aber unklar ob modifizierter Fragebogen getestet wurde, k.A. zur Testung des modifizierten Audit-Instruments (p. 99f)
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to</li> </ul>	Ja (p. 98)

	<p>the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	
<b>Results</b>		~
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis?</li> <li>• Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests?</li> <li>• Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)?</li> <li>• Were Type I and Type II errors avoided or minimized?</li> <li>• In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed?</li> <li>• Were problems of missing values evaluated and adequately addressed?</li> </ul>	Ja, aber k.A. zu Art der Analyse, Umgang mit fehlenden Werten
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented?</li> <li>• Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures?</li> <li>• Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP?</li> </ul>	k.A. zu Signifikanzniveau, p-Werte, Ergebnisse sind in Tabellen zusammengefasst
<b>Discussion</b>		~
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework?</li> <li>• Are causal inferences, if any, justified?</li> <li>• Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations?</li> <li>• Does the report address the issue of the generalizability of the findings?</li> </ul>	Ja (p. 102)
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja, wenig Implikationen für Forschung, keine für Praxis
<b>Global Issues</b>		~
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• In intervention studies, is a CONSORT flow chart provided to show the flow of participants in the study?</li> <li>• Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses?</li> </ul>	Ja, verständlich geschrieben
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja, aber Generalisierbarkeit fraglich

**Kritische Bewertung nach Ciliska, Dobbins & Thomas (2007) der systematischen Literaturübersicht 'Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary' (Scott et al. 2011)**

<b>1. Are the results valid?</b>	~
<p><b>Did the review address a sensible question?</b> k.A. zu einer speziellen Forschungsfrage. Forschungsziel wird formuliert, wobei die untersuchte Population nicht genau definiert wurde (p. 111).</p> <p><b>Was the search detailed and exhaustive?</b> Relevante Datenbanken, verwendete Mesh-Terms der Schlüsselbegriffe, Suche nach grauer Literatur, Limitationen der Suche (Sprache, Zeitraum) und Ein- und Ausschlusskriterien werden angeführt (p. 111f). Angabe zum Zeitraum der durchgeführten Suche fehlt.</p> <p><b>Were the primary studies of high methodological quality?</b> Angaben zum Studiendesign der eingeschlossenen Studien sind in Tabelle 1 zu finden. Es wurden sowohl qualitati-</p>	

<p>ve, als auch quantitative Studien eingeschlossen. Bezüglich des Studiendesigns wurde kein Einschlusskriterium definiert.</p> <p><b>Were assessments of primary studies reproducible?</b></p> <p>Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wurde überprüft (p. 112), jedoch fehlen Angaben, ob dies durch ein oder mehrere BewerterInnen erfolgte. Die eingeschlossenen Studien werden in Tabelle 1 beschrieben.</p>	
<b>2. What are the results?</b>	<b>+</b>
<p><b>Were the results similar from study to study?</b></p> <p>Ergebnisse werden narrativ dargestellt. Unterschiedliche Ergebnisse werden aufgezeigt. k.A. zu statistischen Test (z.B. Heterogenitätstest,...)</p> <p><b>What were the overall results?</b></p> <p>Hauptergebnisse werden in Tabelle 1 dargestellt.</p> <p><b>How precise were the results?</b></p> <p>k.A. von statistischen Zahlen. Die Ergebnisse werden allgemein beschrieben und in Themenbereiche zusammengefasst. Das Forschungsziel wurde beantwortet.</p>	
<b>3. How can I apply the results?</b>	<b>~</b>
<p><b>How can I best interpret the results to apply them to patient care/policy decision?</b></p> <p>Aufgrund der fehlenden statistischen Zahlen, der Heterogenität der eingeschlossenen Studien, sind die Ergebnisse schwer in die Praxis übertragbar. Implikationen für die Praxis werden angegeben (p. 120).</p> <p><b>Were all the important outcomes considered?</b></p> <p>Die Ergebnisse werden schwer lesbar beschrieben, sind aber umfangreich, jedoch keine systematische Erfassung aller Forschungsartikel zu diesen Fragestellungen.</p> <p><b>Are the benefits worth the costs and potential risks?</b></p> <p>Das Review zeigt Schwierigkeiten in der Praxis auf und gibt Implikationen wie diese reduziert werden können. Aufgrund der fehlenden statistischen Zahlen, müssen die Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden.</p>	

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der qualitativen Studie 'Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units' (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003a)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the title a good one, suggesting the key phenomenon and the group or community under study?</li> </ul>	abhängige Variable fehlt
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		<b>+</b>
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is the problem stated unambiguously and is it easy to identify?</li> <li>Does the problem statement build a cogent and persuasive argument for the new study?</li> <li>Does the problem have significance for nursing?</li> <li>Is there a good match between the research problem on the one hand and the paradigm, tradition, and methods on the other?</li> </ul>	Ja (p. 889)
Research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are research questions explicitly stated? If not, is there absence justified?</li> <li>Are the questions consistent with the study's philosophical basis, underlying tradition, conceptual framework, or ideological orientation?</li> </ul>	Nein, Angabe des Studienziels (p. 889)
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the report adequately summarize the existing body of knowledge related to the problem of phenomenon or interest?</li> <li>Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Literaturreview kurz, aber enthält relevante Aspekte
Conceptual underpinings	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>Is the philosophical basis, underlying tradition, conceptual framework, or ideological orientation made explicit and is it appropriate for the problem?</li> </ul>	Ja (p. 891), bei Methodik beschrieben
<b>Method</b>		<b>+</b>
Protection of	<ul style="list-style-type: none"> <li>Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study par-</li> </ul>	Ja (p. 889)

participants' rights	<p>participants? Was the study subject to external review by an IRB/ethics review board?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	
Research design and research tradition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the identified research tradition (if any) congruent with the methods used to collect and analyse data?</li> <li>• Was an adequate amount of time spent in the field or with study participants?</li> <li>• Did the design unfold in the field, giving researchers opportunities to capitalize on early understandings?</li> <li>• Was there an adequate number of contacts with study participants?</li> </ul>	Ja (p. 891f), Prozess genau beschrieben
Sample and setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the group or population of interest adequately described? Were the setting and sample described in sufficient detail?</li> <li>• Was the approach used to recruit participants or gain access to the site productive and appropriate?</li> <li>• Was the best possible method of sampling used to enhance information richness and address the needs of the study?</li> <li>• Was the sample size adequate? Was saturation achieved?</li> </ul>	Ja, (Tabelle 1, p. 890)
Data collection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were the methods of gathering data appropriate? Were data gathered through two or more methods to achieve triangulation?</li> <li>• Did the researcher ask the right questions or make the right observations, and were they recorded in an appropriate fashion?</li> <li>• Was a sufficient amount of data gathered? Were the data of sufficient depth and richness?</li> </ul>	Ja (p. 891f)
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are data collection and recording procedures adequately described and do they appear appropriate?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized biases? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	Ja
Enhancement of trustworthiness	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Did the researchers use effective strategies to enhance the trustworthiness/integrity of the study, and was the description of those methods adequate?</li> <li>• Were the methods used to enhance credibility appropriate and sufficient?</li> <li>• Did the researcher document research procedures and decision processes sufficiently that findings are auditable and confirmable?</li> <li>• Is the evidence of researcher reflexivity?</li> <li>• Is there 'thick description' of the context, participants, and findings, and was it at a sufficient level to support transferability?</li> </ul>	Ja, unabhängige AutorInnen analysierten die Daten, Schritte der Analyse sind beschrieben, Ergebnisse werden mit Beispielen untermauert (p. 891)
<b>Results</b>		<b>+</b>
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the data management and data analysis methods sufficiently described?</li> <li>• Was the data analysis strategy compatible with the research tradition and with the nature and type of data gathered?</li> <li>• Did the analysis yield an appropriate 'product' (e.g. a theory, taxonomy, thematic pattern)?</li> <li>• Do the analytic procedures suggest the possibility of biases?</li> </ul>	Ja (p. 890ff)
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the findings effectively summarized, with good use of excerpts and supporting arguments?</li> <li>• Do the themes adequately capture the meaning of the data? Does it appear that the researcher satisfactorily conceptualized the themes or patterns in the data?</li> <li>• Did the analysis yield an insightful, provocative, authentic and meaningful picture of the phenomenon under investigation?</li> </ul>	Ja (p. 893ff), (Sub-) Themen wurden gebildet, Ergebnisse mit Beispielen untermauert
Theoretical integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the themes or patterns logically connected to each other to form a convincing and integrated whole?</li> </ul>	Ja (Tabelle 2)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are figures, maps, or models used effectively to summarize conceptualizations?</li> <li>• If a conceptual framework or ideological orientation guided the study, are the themes or patterns linked to it in a cogent manner?</li> </ul>	
<b>Discussion</b>		<b>+</b>
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the findings interpreted within an appropriate social or cultural context?</li> <li>• Are major findings interpreted and discussed within the context of prior studies?</li> <li>• Are the interpretations consistent with the study's limitations?</li> </ul>	Ja
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further inquiry – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Ja (p. 897)
<b>Global Issues</b>		<b>+</b>
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• Is the description of the methods, findings, and interpretations sufficiently rich and vivid?</li> </ul>	Ja
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja (p.891)
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the study findings appear to be trustworthy – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja

**Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der qualitativen Studie 'Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia – narratives from two caregiver groups' (Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b)**

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung
Titel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the title a good one, suggesting the key phenomenon and the group or community under study?</li> </ul>	Ja
Abstract	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?</li> </ul>	Ja
<b>Introduction</b>		<b>+</b>
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the problem stated unambiguously and is it easy to identify?</li> <li>• Does the problem statement build a cogent and persuasive argument for the new study?</li> <li>• Does the problem have significance for nursing?</li> <li>• Is there a good match between the research problem on the one hand and the paradigm, tradition, and methods on the other?</li> </ul>	Ja
Research questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are research questions explicitly stated? If not, is there absence justified?</li> <li>• Are the questions consistent with the study's philosophical basis, underlying tradition, conceptual framework, or ideological orientation?</li> </ul>	Ja, Forschungsziel und –fragen wurden formuliert (p. 278)
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Does the report adequately summarize the existing body of knowledge related to the problem of phenomenon or interest?</li> <li>• Does the literature review provide a sound basis for the new study?</li> </ul>	Ja
Conceptual underpinings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are key concepts adequately defined conceptually?</li> <li>• Is the philosophical basis, underlying tradition, conceptual framework, or ideological orientation made explicit and is it appropriate for the problem?</li> </ul>	Ja (p. 277)

<b>Method</b>		<b>+</b>
Protection of participants' rights	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study subject to external review by an IRB/ethics review board?</li> <li>• Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?</li> </ul>	Ja, Zustimmung von Pflegepersonen, Stationen, Ethikkommission (p. 279)
Research design and research tradition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the identified research tradition (if any) congruent with the methods used to collect and analyse data?</li> <li>• Was an adequate amount of time spent in the field or with study participants?</li> <li>• Did the design unfold in the field, giving researchers opportunities to capitalize on early understandings?</li> <li>• Was there an adequate number of contacts with study participants?</li> </ul>	Ja, Tradition spiegelt sich in Methodik wider (p. 279)
Sample and setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was the group or population of interest adequately described? Were the setting and sample described in sufficient detail?</li> <li>• Was the approach used to recruit participants or gain access to the site productive and appropriate?</li> <li>• Was the best possible method of sampling used to enhance information richness and address the needs of the study?</li> <li>• Was the sample size adequate? Was saturation achieved?</li> </ul>	Ja, Beschreibung der Pflegepersonen und des Settings (Tabelle 1, p. 278)
Data collection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Were the methods of gathering data appropriate? Were data gathered through two or more methods to achieve triangulation?</li> <li>• Did the researcher ask the right questions or make the right observations, and were they recorded in an appropriate fashion?</li> <li>• Was a sufficient amount of data gathered? Were the data of sufficient depth and richness?</li> </ul>	Ja (p. 279)
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are data collection and recording procedures adequately described and do they appear appropriate?</li> <li>• Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained?</li> </ul>	Ja (p. 279)
Enhancement of trustworthiness	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Did the researchers use effective strategies to enhance the trustworthiness/integrity of the study, and was the description of those methods adequate?</li> <li>• Were the methods used to enhance credibility appropriate and sufficient?</li> <li>• Did the researcher document research procedures and decision processes sufficiently that findings are auditable and confirmable?</li> <li>• Is the evidence of researcher reflexivity?</li> <li>• Is there 'thick description' of the context, participants, and findings, and was it at a sufficient level to support transferability?</li> </ul>	Ja, Themen wurden unabhängig von 2 Personen erhoben, Konsensfindung, Zitate aus den Interviews werden gezeigt (p. 279f)
<b>Results</b>		<b>+</b>
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the data management and data analysis methods sufficiently described?</li> <li>• Was the data analysis strategy compatible with the research tradition and with the nature and type of data gathered?</li> <li>• Did the analysis yield an appropriate 'product' (e.g. a theory, taxonomy, thematic pattern)?</li> <li>• Do the analytic procedures suggest the possibility of biases?</li> </ul>	Ja (p. 279f)
Findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the findings effectively summarized, with good use of excerpts and supporting arguments?</li> <li>• Do the themes adequately capture the meaning of the data? Does it appear that the researcher satisfactorily conceptualized the themes or patterns in the data?</li> <li>• Did the analysis yield an insightful, provocative, authentic and meaningful picture of the phenomenon under investigation?</li> </ul>	Ja

Theoretical integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the themes or patterns logically connected to each other to form a convincing and integrated whole?</li> <li>• Are figures, maps, or models used effectively to summarize conceptualizations?</li> <li>• If a conceptual framework or ideological orientation guided the study, are the themes or patterns linked to it in a cogent manner?</li> </ul>	Ja (Tabelle 2)
<b>Discussion</b>		~
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the findings interpreted within an appropriate social or cultural context?</li> <li>• Are major findings interpreted and discussed within the context of prior studies?</li> <li>• Are the interpretations consistent with the study's limitations?</li> </ul>	Ja (p. 283f)
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further inquiry – and are those implications reasonable and complete?</li> </ul>	Implikationen für Forschung angegeben (p. 284f), Implikationen für Praxis fehlen
<b>Global Issues</b>		+
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the report well written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis?</li> <li>• Is the description of the methods, findings, and interpretations sufficiently rich and vivid?</li> </ul>	Ja
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation?</li> </ul>	Ja (p. 284)
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do the study findings appear to be trustworthy – do you have confidence in the <i>truth</i> value of the results?</li> <li>• Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline?</li> </ul>	Ja

## Anhang 3: Zusammenfassung der Qualitätsbewertung der Studien

Tabelle: Qualitätsbewertung der qualitativen Studien

AutorInnen Publikations- jahr	Qualitätsbewertung				
	Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion	Globale Aspekte
Isaksson, Ast- röm & Grane- heim 2008	+	~	+	+	+
Scovdahl, Kihlg- ren & Kihlgren 2003a	+	+	+	+	+
Scovdahl, Kihlgren & Kihlgren 2003b	+	+	+	~	+

+ sehr gute Qualität, ~ moderate Qualität, - mangelhafte Qualität

Tabelle: Qualitätsbewertung der quantitativen und qualitativen-quantitativen Studie(n)

AutorInnen Publikations- jahr	Qualitätsbewertung				
	Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion	Globale Aspekte
Aström et al. 2004	+	~	~	+	+
Boström et al. 2011	+	~	+	+	+
Brody, Draper & Low 2003	-	~	~	-	~
Chrzescijanski, Moyle & Creedy 2007	-	~	~	~	~
Cubitet al. 2007	~	~	~	+	~
Hoeffler et al. 2006	~	~	~	~	~
Isaksson et al. 2011	+	-	~	~	~
Ko et al. 2012	~	-	~	~	~
Morgan et al. 2005	~	~	~	~	~
Morgan et al. 2012	+	~	~	+	+
Oh, Eom & Kwon 2004	+	~	+	+	+
Oh, Hur & Eom 2005	+	-	~	+	~
Pulsford, Duxbu- ry & Hadi 2011	+	~	~	~	~

+ sehr gute Qualität, ~ moderate Qualität, - mangelhafte Qualität

Tabelle: Qualitätsbewertung der systematischen Literaturübersichten

AutorInnen Publikations- jahr	Qualitätsbewertung		
	Gültigkeit der Ergebnisse	Art der Ergebnisse	Anwendbarkeit der Ergebnisse
Enmarker, Olsen & Hellzen 2011	~	~	-
Pulsford & Duxbury 2006	-	-	~
Scott et al. 2011	~	+	~

+ sehr gute Qualität, ~ moderate Qualität, - mangelhafte Qualität