



**FACHHOCHSCHULE
WIENER NEUSTADT**
Austrian Network for Higher Education



**CAMPUS
RUDOLFINERHAUS**
Die erste Adresse für Bildung in der Pflege

EINE KOOPERATION VON FH WIENER NEUSTADT UND CAMPUS RUDOLFINERHAUS WIEN

Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege
Studiengangsleiterin: Mag.^a Elisabeth Sittner

Junge Menschen mit Depressionen – Implikationen für ein professionelles Handeln in der Pflege unter besonderer Berücksichtigung des Begegnungsaspekts

Bachelorarbeit 2

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science in Health Studies (B.Sc.)

eingereicht von

Marie Galen

Matrikelnummer:

1510654005

Betreuerin:

Mag.^a Elisabeth Sittner

Wien und Wiener Neustadt, 27.04.2018

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich ganz besonders bei Frau Mag.^a Elisabeth Sittner für die fachliche, unterstützende und geduldige Begleitung dieses intensiven Arbeitsprozesses bedanken. Durch gemeinsame Besprechungen und konstruktives Feedback konnte ein ständiger Entwicklungsprozess und schlussendlich die Fertigstellung der vorliegenden Arbeit, stattfinden.

Großer Dank gilt auch meiner Familie. Insbesondere meiner Mutter, die mich in allen schwierigen Situation unterstützt und beraten hat. Meinen beiden Schwestern Sophia Galen und Leonie Hauser, sowie meinem Schwager Christoph Hauser, danke ich für das spontane, schnelle und trotzdem gewissenhafte Korrekturlesen meiner Arbeiten.

Meine Studienkollegin Franziska Kral war Tag und Nacht für alle Fragen, Launen und Diskussionen offen und bereit. Mit Motivation, Unterstützung und vielen gemeinsame Lern- und Arbeitsstunden hat sie mich durch eine unvergessliche Studienzeit begleitet.

Zusammenfassung

Hintergrund: Junge Menschen mit psychischen Erkrankungen können in akute pflegerische Situationen gelangen und somit Pflegepersonal außerhalb des psychiatrischen Settings begegnen. Wird unter Pflege die Betreuung und Versorgung aller Menschen in jeder Lebenssituation, in Zeiten der Gesundheit sowie Krankheit, verstanden, dann fällt die Versorgung von depressiven jungen Menschen in den Aufgabenbereich der Pflege. Professionelles Arbeiten in der Pflege setzt sowohl das wissenschaftliche Fachwissen, als auch das Verstehen des individuellen Einzelfalls voraus.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, das Erleben und Erfahren Jugendlicher und junger Menschen, die von einer Depression betroffen sind, darzustellen. Ein weiteres Ziel ist es, hierbei besondere Berücksichtigung auf den Begegnungsaspekt zu legen. Zuletzt sollen daraus Implikationen für ein professionelles Handeln in der Pflege abgeleitet werden.

Methodik: Eine umfangreiche systematische Literaturrecherche wurde durchgeführt. Die Online-Datenbanken CINHALL, MEDLINE, ScienceDirect, LIVIVO und Taylor & Francis online wurden durchsucht. Relevante Treffer wurden durchgelesen und anhand der Ein- und Ausschlusskriterien, zuerst auf den Abstract, später auf den Volltext, analysiert. Die übrig gebliebenen Studien (n=13) wurden einer kritisch Einschätzung unterzogen und konnten schlussendlich für das Verfassen der Arbeit verwendet werden.

Ergebnisse: Das Erleben einer Depression aus der Perspektive der Betroffenen wird beschrieben. Hierbei konnten folgende drei Kategorien unterteilt werden: Gefühle und Selbstwahrnehmung, Wahrnehmung und Umgang mit der Situation und das soziale Umfeld. Des Weiteren werden die Erfahrungen von Betroffenen jungen Menschen mit pflegerischen Begegnungen, sowie die Begegnung aus der Perspektive der Pflege beschrieben.

Schlussfolgerung: Junge Menschen mit einer Depression erleben signifikanten Beeinträchtigungen und Veränderungen in ihrem Leben. Für ein professionelles Handeln in der Pflege müssen in der Begegnung mit solchen Menschen einige Aspekte beachtet werden. Jede Begegnung ist einzigartig und soll auf einer patienten-/patientinnenorientierten Basis aufbauen und jugendfreundlich sein. Stigmatisierung soll entgegen gewirkt werden und Betroffene sollen motiviert und unterstützt werden.

Schlüsselwörter: Depression, Jugendliche, junge Menschen, Begegnung, Pflege

Abstract

Background: Young people suffering from mental illness can fall into acute nursing situations and can thus encounter caregivers outside the psychiatric setting. If nursing is defined as the care of all people in every life situation, in times of health and illness, then care for depressed young people falls within the scope of nursing. Professional work in nursing requires both scientific expertise as well as understanding individual cases.

Aim: The purpose of this endeavor is to describe the experiences of adolescents and young people affected by depression. Additionally, special consideration shall be given to the aspect of encounter. Lastly, implications for professional conduct in nursing should be derived thereof.

Method: A systematic literature research was carried out. Online databases such as CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect, LIVIVO and Taylor & Francis online were used. Relevant hits were read and analyzed on the basis of the inclusion and exclusion criteria, first focusing on the abstract and later on the full text. The thirteen remaining studies were critically evaluated and could ultimately be used for writing the thesis.

Results: The experience of depression is described from the perspective of those affected. Here the following three categories could be defined: emotions and self-perception, perception and dealing with the situation and the social environment. Additionally, the experiences of young people affected by nursing encounters, as well as the encounter from the perspective of nursing are described.

Conclusion: Young people suffering from depression experience significant impairments and changes in their lives. Some operational aspects must be considered for a professional conduct in care to be given when dealing with such individuals. Every encounter is unique and should be based on a patient-oriented basis and be youth-friendly. Stigmatization should be counteracted and those affected should be motivated and supported.

Keywords: depression, adolescence, young people, nursing encounter

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einleitung..... | 1 |
| 1.1 | Problemaufriss und Fragestellung..... | 2 |
| 1.2 | Ziele..... | 4 |
| 1.3 | Begriffsdefinitionen | 4 |
| 1.3.1 | Erleben | 4 |
| 1.3.2 | Junge Menschen..... | 5 |
| 1.3.3 | Depression..... | 6 |
| 1.3.4 | Professionelles Handeln in der Pflege..... | 7 |
| 1.3.5 | Begegnung in der Pflege..... | 8 |
| 1.4 | Aufbau der Arbeit..... | 9 |
| 2 | Methode | 10 |
| 2.1 | Systematische Literaturrecherche..... | 10 |
| 2.1.1 | Verwendete Suchbegriffe | 11 |
| 2.1.2 | Ein- und Ausschlusskriterien | 12 |
| 2.1.3 | Verwendete Datenbanken..... | 13 |
| 2.1.4 | Suchstrategien | 14 |
| 2.1.5 | Suchprotokoll | 15 |
| 2.1.6 | Flussdiagramm zur Studienselektion..... | 18 |
| 2.1.7 | Überblick über die wissenschaftliche Literatur..... | 20 |
| 2.2 | Einschätzung der Qualität der Literatur | 32 |
| 2.3 | Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche | 35 |
| 3 | Ergebnis..... | 39 |
| 3.1 | Das Erleben einer Depression aus der Perspektive der Betroffenen..... | 39 |
| 3.1.1 | Gefühle und Selbstwahrnehmung | 39 |
| 3.1.2 | Wahrnehmung und Umgang mit der Lebenssituation..... | 40 |
| 3.1.3 | Soziales Umfeld | 41 |
| 3.2 | Erfahrungen von betroffenen jungen Menschen mit pflegerischen Begegnungen | 42 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3.3 | Begegnung aus der Perspektive der Pflege | 43 |
| 4 | Diskussion..... | 45 |
| 4.1 | Limitationen | 45 |
| 5 | Implikationen für die professionelle Pflegepraxis | 46 |
| 6 | Resümee..... | 47 |
| 7 | Literaturverzeichnis | 48 |
| 8 | Tabellenverzeichnis | 53 |
| 9 | Abbildungsverzeichnis..... | 53 |
| 10 | Anhang | 54 |

1 Einleitung

Die Jugend ist eine Zeit der Veränderungen, Prozesse und Entwicklungen. Sie ist „zweifello[s] [...] die Phase aller Gefahren, aber auch aller Möglichkeiten“ (Longerich, 2010, S. 12). Jugendliche sind vor eine Anzahl an Entwicklungsaufgaben gestellt, welche sie selbstständig bewältigen und lösen müssen. In dieser Lebensphase soll die eigene Identität, sowie für die Zukunft notwendige Kompetenzen wachsen, um in einem gesellschaftlichen und sozialen Umfeld teilnehmen zu können. Sie wird als ein intensiver, von Krisen begleiteter und Verunsicherungen geprägter, Lebensabschnitt beschrieben. Die Jugend ist auch eine Phase, in der es gilt, sich zum ersten Mal von der schützenden und haltgebenden Familie abzuwenden und zu lösen. Jugendliche haben die Aufgabe, aus einem vorstrukturierten gesellschaftlichen Lebenslauf eine individuelle Biografie zu erstellen (Ecarius, 2009, S. 50; Liebsch, 2012a, S. 209). Eine Reihe von Unsicherheiten und Ungewissheiten führt zu einer hohen Vulnerabilität der Jugendlichen. Besonders in dieser vulnerablen Lebensphase ist es von großer Notwendigkeit, die psychische Gesundheit zu stützen und zu fördern (Burghardt et al., 2017, S. 82; Weltgesundheitsorganisation, 2006, S. 20).

Nahezu 600.000 Menschen der österreichischen Gesamtbevölkerung sind zwischen 10 und 18 Jahre alt (Statistik Austria, 2017). Davon ist knapp ein Viertel (23,9%) von einer psychischen Erkrankung betroffen. Die Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, zumindest einmal im Lebensabschnitt bis zum vollendeten 17. Lebensjahr psychisch zu erkranken, liegt sogar bei 35,8% (Wagner et al., 2017, S. 1438). Die Betroffenenzahlen der 15- bis 19-Jährigen sind doppelt so hoch wie die der 10- bis 14-Jährigen (Bundesministerium für Gesundheit, 2016, S. 42).

Professionelles Pflegehandeln beinhaltet wissenschaftliches Fachwissen und das Verstehen des individuellen Einzelfalls (Veit, 2004, S. 63). „Personenbezogenes Handeln wird dann als professionell bezeichnet, wenn es dem konkreten Menschen in seiner individuellen Lage bestmöglich gerecht wird. Eine personenbetreffende [...] Dienstleistung richtet sich an den Bedürfnissen des konkreten Falls aus“ (Veit, 2004, S. 63).

Eine psychische Störung, wie zum Beispiel die Depression, stellt für junge Menschen, die sich ohnehin in einer vulnerablen Phase befinden, eine zusätzliche Belastung und Herausforderung dar. Professionelles Handeln in der Pflege beruht unter anderem auf Verstehen und Mitfühlen des Individuums und Pflegepersonal¹ wird somit bei depressiven jungen Menschen als Pflegebedürftige vor Herausforderungen gestellt. Diese Problematik und die daraus resultierende Fragestellung werden im folgenden Kapitel beschrieben.

¹ Als Pflegepersonal werden alle Angehörigen des gehobenen Diensts der Gesundheits- und Krankenpflege verstanden.

1.1 Problemaufriss und Fragestellung

Dieses Kapitel befasst sich mit der Problemlage die sich ergibt, wenn vulnerable junge Menschen mit einer Depression einem nicht-psychiatrischen, professionell handelndem Pflegesetting begegnen.

In den unterschiedlichen Wissenschaften wird die Lebensphase „Jugend“ verschieden betrachtet. Die Psychologie lehnt sich am Begriff der Adoleszenz an. Adoleszenz ist die Lebensphase, die den Übergang von Kindheit zum Erwachsenenleben kennzeichnet. Die Zeit der Jugend kann unterschiedlich erfahren und erlebt werden (Remschmidt, 2013, S. 423; Liebsch, 2012b, S. 12). Schule, Ausbildung und Arbeit stellen für die Jugendlichen in Deutschland die größte Sorge dar. Während der Schulzeit bestehen Sorgen und Ängste um die Schulnoten und den Schulabschluss. Die Studienzeit ist geprägt von Zweifel, nach der Ausbildung eine Arbeitsstelle zu finden. Aber auch junge Menschen, die bereits im Berufsleben stehen, bangen um die Sicherheit ihres Arbeitsplatzes. Die Jugendgeneration wächst in einer Zeit auf, welche durch eine Reihe großer globaler Krisen geprägt ist. Finanz- und Wirtschaftskrisen, aber auch die weltpolitische Lage, wie Terrorismus, Länderkonflikte oder die aktuelle Flüchtlingslage, stellen eine allgemeine Grundverunsicherung für Jugendliche im Blick auf die Zukunft dar (Leven & Utzmann, 2015, S. 351).

„In Gesundheitskreisen herrscht international Besorgnis über den psychischen Gesundheitszustand der Jugend... das ist eine tickende Bombe und wenn wir jetzt nicht richtig handeln, werden Millionen von Heranwachsenden die Wirkungen spüren“ (Troedsson, o.J.; zitiert nach Weltgesundheitsorganisation, 2006, S. 81). Junge Menschen gehören der Gruppe an, die psychologischen, sozialen, biologischen und umweltbedingten Risikofaktoren speziell ausgesetzt sind. Die psychische Gesundheit von Jugendlichen spielt eine entscheidende Rolle für die Gestaltung und das Bestehen einer stabilen Gesellschaft (Weltgesundheitsorganisation, 2006, S. 20 & 81).

Der wachsende psychische Druck, den hohen Leistungserfordernissen gerecht zu werden, hat nachweisliche Auswirkung auf die psychische Gesundheit der jungen Generation (Hölling, Schlack, Petermann, Ravens-Sieberer & Mauz, 2014, S. 812). Nur wenige Betroffene haben Kontakt mit psychiatrischen Einrichtungen oder anderen psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungen (Wagner et al., 2017, S. 1438). Das kann darauf zurückzuführen sein, dass es Adoleszenten oftmals schwer fällt, psychische Probleme zuzugeben, da sie so normal wie möglich erscheinen wollen. Vermutlich wird aus diesem Grund das Angebot von psychologischer Hilfe unzureichend genutzt (Herpertz-Dahlmann et al., 2013, S. 437). Ein weiterer Grund dafür kann sein, dass es in einer emotionsreichen Phase wie der Jugend oftmals schwerfällt, Befindlichkeitsstörungen von psychiatrischen Diagnosen zu unterscheiden (Herpertz-Dahlmann et al., 2013, S. 433). Nach Angststörungen und

Störungen der neuronalen Entwicklung (hierzu zählt zum Beispiel das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung), stehen depressive Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 6,2% an dritter Stelle (Wagner et al., 2017, S. 1438).

Auch Menschen mit psychischen Erkrankungen können in akute pflegerische Situationen gelangen und somit Pflegepersonal außerhalb des psychiatrischen Settings begegnen. Wird unter Pflege die Betreuung und Versorgung aller Menschen in jeder Lebenssituation, in Zeiten der Gesundheit sowie Krankheit, verstanden, dann fällt die Versorgung von depressiven jungen Menschen – in jeder Situation – in den Aufgabenbereich der Pflege (International Council of Nurses, 2017). Personen, die einem Gesundheits- und Krankenpflegeberuf angehören, haben die Verpflichtung, diesen personenunabhängig und gewissenhaft auszuüben. Außerdem gilt es, Gesundheit und Wohl von Patienten/Patientinnen², Klienten/Klientinnen und pflegebedürftigen Menschen – und somit also auch von depressiven jungen Menschen – nach fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen zu wahren (Bundeskanzleramt Österreich, 2017). Professionelles Arbeiten in der Pflege³ setzt sowohl das wissenschaftliche Fachwissen, als auch das Verstehen des individuellen Einzelfalls voraus. Patienten-/Patientinnenorientiertes Handeln verlangt subjektive Wahrnehmung, individuelle Einzellösungen und ein interaktiv-dialogisches Vorgehen. Dieses findet im Rahmen einer Pflege-Patienten/Patientinnen-Beziehung statt. Diese Beziehung ist es, die ein einführendes Verstehen der individuellen Situation ermöglicht (Veit, 2004, S. 114 & 126). Im Prozess der Identitätsbildung und einer lebhaften Entwicklung ist einfühlsame und verständnisvolle Hilfe nötig. Psychisch erkrankte Jugendliche sind mehr denn je auf Stützung, Führung und Erziehung angewiesen (Longerich, 2010, S. 10; Schädle-Deininger, 2006, S. 360).

Folgende Problembereiche lassen sich nun zusammenfassen: Zu Beginn steht die vulnerable Lebensphase in welcher sich junge Menschen befinden. Hinzu kommt die Belastung einer psychischen Störung, der Depression. Das Verstehen des individuellen Einzelfalls spielt im professionellen Handeln eine wichtige Rolle. Die Begegnung eines jungen Menschen mit einer Depression und einer Pflegeperson im pflegerischen Setting kann auf Grund von fehlendem Verständnis ein professionelles pflegerisches Handeln deutlich erschweren beziehungsweise behindern. Folgende Forschungsfrage lässt sich aus der gegebenen Problemdarstellung ableiten:

² Die Autorin ist darum bemüht, sich möglichst geschlechtsneutral auszudrücken. Ist dies nicht möglich, werden sowohl die männliche als auch die weibliche Form, getrennt durch einen Schrägstrich, angeführt. Formulierungen, die sich ausschließlich auf ein Geschlecht beziehen, sind als solche zu verstehen.

³ Eine ausführliche Definition ist im Unterkapitel 1.3.4 „Professionellem Handeln in der Pflege“ zu finden.

Wie erleben junge Menschen mit einer Depression ihre Krankheit und welche Implikationen lassen sich für ein professionelles Handeln in der Pflege, unter besonderer Berücksichtigung des Begegnungsaspekts, ableiten?

Das nachstehende Kapitel erläutert die Ziele dieser Arbeit.

1.2 Ziele

Im folgenden Abschnitt wird beschrieben welche Ziele im Rahmen dieser Arbeit verfolgt werden.

Das Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist es, basierend auf einer umfangreichen systematischen Literaturrecherche und der anschließenden Präsentation der Ergebnisse darzustellen, wie Jugendliche und junge Menschen die von einer Depression betroffen sind und wie sie diese Krankheit erleben und erfahren.

Da jede Begegnung durch das eigene, sowie durch das Verhalten des Gegenübers geprägt wird, soll besondere Berücksichtigung hierbei auf den Aspekt der Begegnung gelegt werden.

Wenn professionelles Handeln heißt, fachliches Wissen in die Praxis umzusetzen und dieses patienten-/patientinnenorientiert anzuwenden, dann ist es ein weiteres Ziel dieser Arbeit, fachliches Wissen in Bezug auf junge Menschen mit einer Depression bereit zu stellen. Implikationen für ein professionelles Handeln in der Pflege sollen abgeleitet und dadurch ein Beitrag dazu geleistet werden, professionelles Handeln in der Pflege in Begegnung mit jungen Menschen mit einer Depression zu ermöglichen.

Das nachstehende Kapitel befasst sich mit den zentralen Begriffen und Bezeichnungen dieser Arbeit.

1.3 Begriffsdefinitionen

Um einen besseren Überblick über die Thematik dieser Arbeit zu erhalten werden im folgenden Kapitel einige wichtige Begriffe erläutert. Zunächst wird beschrieben, was unter dem Begriff *Erleben* und der Bezeichnung *junge Menschen* verstanden wird. Das dritte Unterkapitel beschäftigt sich mit einer umfassenden Erklärung des Begriffs *Depression*. Hier wird zu Beginn der Terminus definiert und anschließend näher auf das Krankheitsbild eingegangen. Anschließend folgt eine Auseinandersetzung mit dem Gebiet des *professionellen pflegerischen Handelns*. Im letzten Unterkapitel wird das Wort *Begegnung* im Allgemeinen, sowie im Kontext der Pflege, dargestellt.

1.3.1 Erleben

„Das Erleben ist in seiner persönlichen Besonderheit nur dem Betroffenen unmittelbar zugänglich“ (Bliesener et al., 2009, S. 146). Die Psychologie wird heutzutage als Wissenschaft

vom Erleben und Verhalten definiert. Das Erleben bildet also einen Teil der Psychologie und wird meist mittels Tests, Fragebogen oder einem Gespräch ermittelt und erfasst. Es beinhaltet sämtliche psychische Phänomene: Wahrnehmen, Empfinden, Vorstellen, Denken, Fühlen, Erinnern und Wollen. Aber auch Vorgänge mit organischer Basis, wie beispielsweise Schwindel oder Schmerz, gehören dazu (Bliesener et al., 2009, S. 146). Tücke (2003, S. 303 & 308) beschreibt das subjektive Erleben als eine von drei Teilkomponenten einer Emotion, eines Gefühls. Die beiden anderen Komponenten sind die physiologischen Reaktionen und das Ausdrucksverhalten – Mimik und Gestik. Das Erleben gilt als der wichtigste Bereich, da dieser den größten Einfluss auf ein Gefühl hat. Es ist individuell und situationsspezifisch.

1.3.2 Junge Menschen

Die Bezeichnung Junge Menschen wird in der Literatur sehr unterschiedlich definiert. Allgemein werden darunter jugendliche und junge erwachsene Personen verstanden. Die Aufteilung in verschiedene Lebensphasen, sowie eine altersspezifische Eingrenzung in Lebensjahren variiert von Literatur zu Literatur. Die Soziologie betrachtet das Jugendalter als einen Zeitabschnitt, in dem der Kind-Status bereits verloren, der Erwachsenen-Status aber noch nicht erreicht ist (Rossmann, 1996, S. 133).

Das Jugendschutzgesetz in Österreich wird auf Landesebene definiert. Das heißt, dass in jedem Bundesland unterschiedliche Altersbereiche für Jugendliche definiert sind. Burgenland, Wien und Niederösterreich verwenden die Bezeichnung „junger Mensch“. Hierzu zählen alle Menschen unter 18 Jahren. In den restlichen Bundesländern – ausgenommen Oberösterreich – wird zwischen Kindern und Jugendlichen unterschieden. Die Alterseingrenzungen für die Gruppe der Jugendlichen liegen von zwölf bis 18, beziehungsweise von 14 bis 18 Jahren (Bundeskanzleramt Österreich, 2018a). „Für die Jugendförderung [...] gelten auch junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres als jugendlich“ (Bundeskanzleramt Österreich, 2018b). Von der Wissenschaft wird die Adoleszenz meist in die folgenden drei Phasen unterteilt: die frühe, mittlere und späte Adoleszenz. Die Altersspannweite von der frühen bis zu späten Adoleszenz reicht von elf oder zwölf bis zu 18 Jahren (Berk, 2011, S. 490). Diverse Jugendstudien, Jugendberichte oder Publikationen zum Thema Jugend basieren meist auf Interviews und Befragungen von 13- bis 25-, teilweise sogar bis zu 29-Jährigen (Liebsch, 2012b, S. 16). Aus pädagogisch-psychologischer Sicht kommt man immer mehr davon ab, die Jugendphase in Altersgrenzen anzugeben. Stattdessen liegt der Fokus bei der Eingrenzung eher auf biologischen und soziologischen Kriterien. Biologisch kann der Beginn durch das Einsetzen des geschlechtlichen Reifungsprozesses festgelegt werden. Der Eintritt ins Berufsleben sowie eine wirtschaftliche Unabhängigkeit und Selbstständigkeit markieren oftmals das Ende (Rossmann, 1996, S. 133).

1.3.3 Depression

Der Ursprung des Begriffs Depression liegt im lateinischen Wort *depressio*, welches Niederdrückung bzw. Senkung bedeutet (Dudenredaktion, o.J.). Die World Health Organization (WHO) beschreibt die Depression als eine psychische Störung, die basierend auf spezifische Symptome gekennzeichnet und in unterschiedlich Kategorien eingeteilt wird (World Health Organization, 2018).

Bei einer Depression können vier Arten unterschieden werden: depressive Episoden, reaktive Depressionen, Disthymie und die bipolare Störung. Die depressiven Episoden sind jene, welche im Sprachgebrauch als Depression verstanden werden und mit deren Definition sich dieses Kapitel der Arbeit beschäftigt. Als reaktive Depression wird eine depressive Reaktion auf ein Lebensereignis, wie zum Beispiel einen Todesfall, bezeichnet. Bei der Disthymie, auch Disthymia genannt, handelt es sich um eine über Jahre hinweg andauernde, chronische depressive Verstimmung und bei der bipolaren Störung, auch als manisch-depressive Erkrankung bekannt, findet ein Abwechseln zwischen depressiven und manischen Episoden statt (Koch et al., 2006, S. 345).

Depressive Symptome können einerseits ein eigenes Störungsbild, andererseits aber auch Symptome einer anderen psychischen Störung, darstellen. Des Weiteren kann eine Depression aber auch als Ursache oder Vorläufer einer psychischen Erkrankung, wie zum Beispiel Substanzmissbrauch oder Essstörung, sein. Bei Teilstörungen, wie zum Beispiel der Legasthenie, können depressive Symptome auch als Folge einer psychischen Störung auftreten (Mehler-Wex, 2008, S. 8-9).

Der "International Classification of Diseases-10-German Moderation" (ICD-10-GM)⁴ ist die zehnte Ausgabe eines der beiden meist angewandten Klassifikationssysteme, die im psychiatrischen Bereich zur Diagnostik herangezogen werden. Das System wird von der WHO herausgegeben und stetig modifiziert und weiterentwickelt. Der Inhalt des „Kapitel F“ beschäftigt sich mit psychischen Störungen. „F32 Depression Episoden“ ist dem Unterkapitel „F3 Affektive Störungen“ untergeordnet. Die Hauptsymptome affektiver Störungen sind Veränderungen der Affektivität und Stimmung. Daraus folgende Zusatzfaktoren können

⁴ ICD ist die Abkürzung für die englische Bezeichnung „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme). Es handelt sich hierbei um ein weltweit anerkanntes und in der Praxis angewandtes Verzeichnis von Symptomen, Diagnosen, Vergiftungen, Verletzungen und anderen Faktoren welche Einfluss auf den Gesundheitszustand haben (Wied & Warmbrunn, 2012, S. 419).

Angstzustände und ein verändertes Aktivitätsniveau sein (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2017).

Nach dem ICD-10 ist eine Depression durch Hauptsymptome und weitere Symptome gekennzeichnet. Zu den Hauptsymptomen zählen herabgesetzte und gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit und Interessensverlust, sowie verminderter Antrieb und rasche Ermüdbarkeit. Zusätzliche Symptome, die eine depressive Episode kennzeichnen, sind: Einschränkungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, Unentschlossenheit, geringes Selbstwertgefühl und ein Gefühl der Wertlosigkeit, unangemessene Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, Appetitlosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schlafstörungen, sowie Gewichtsveränderung durch mangelnden oder steigenden Appetit (Mehler-Wex, 2008, S. 10; World Health Organization, 2018).

Im Kinder- und Jugendalter werden spezielle, altersspezifische Symptome für eine Depression beschrieben. Im jugendlichen Alter nähern sich diese jedoch immer mehr denjenigen der Erwachsenen an. Depressive Symptome bei Jugendlichen sind Leistungsprobleme, verursacht durch Konzentrationsschwierigkeiten, sozialer Rückzug und Isolation, Interessens- und Antriebsverlust, Pessimismus, Zukunftsängste, Selbstwertprobleme und in gegebenen Fällen suizidale Gedanken und Äußerungen (Mehler-Wex, 2008, S. 16).

Abhängig von der Anzahl und des Schweregrads der Symptome werden folgende drei Kategorien einer depressiven Episode unterschieden: leichte, mittelgradige und schwere Depression (World Health Organization, 2018). Bei einer leichten Depression liegen meist zwei bis drei der genannten Symptome vor. Betroffene sind dadurch allgemein beeinträchtigt, aber dennoch in der Lage, Aktivitäten größtenteils durchzuführen. Eine mittelgradige Depression ist durch das Auftreten von drei bis vier Symptomen gekennzeichnet. Betroffenen fällt es schwer, alltäglichen Aktivitäten nachzugehen. Die schwere Depression ist durch mehrere, quälende Symptome charakterisiert. Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, sowie der Verlust des Selbstwertgefühls sind hierfür typisch. Häufig kommt es hierbei auch zu suizidalen Gedanken und Handlungen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2017).

1.3.4 Professionelles Handeln in der Pflege

Professionelles Handeln bezieht sich auf die praktische Arbeit und die Qualität der Leistung, die durch einen Professionellen/eine Professionelle erbracht und von einem Leistungsempfänger/einer Leistungsempfängerin erhalten wird (Veit, 2004, S. 33). Veit beschreibt Personen, die eine Profession ausüben wie gefolgt: „Professionelle sind Experten, die ihr Wissen in der Praxis anwenden und es dort klientenorientiert modifizieren“ (Veit, 2004, S. 63). Agiert ein Berufsmitglied professionell, muss das bedeuten, dass der Empfänger/die Empfängerin mit einem nahezu perfekten Handelsprodukt beziehungsweise Handlung rechnen kann (Schwendenwein, 1990; zitiert nach Veit, 2004, S. 33). Beziehung, oder

Beziehungsaufbau, zwischen Beruf-Ausübenden und Klienten/Klientinnen zählen als Besonderheit der sozialen Berufe und stellen einen zentralen Aspekt dieser dar. Nicht nur das Resultat, sondern auch der gesamte Prozess entscheidet über die Qualität der erbrachten Leistung. Nicht nur die Qualität der Handlungsergebnisse, sondern auch die der Leistungserbringung, machen professionelles Handeln aus. Im Unterschied zu naturwissenschaftlich-technischen Problemlösungen kann der Experte/die Expertin bei sozialen Problemen auf keine allgemeingültigen, festgelegten Handlungsstandards zurückgreifen, da jeder Mensch ein Individuum ist und daher einzeln und unterschiedlich behandelt werden muss (Veit, 2004, S. 34-35).

Voraussetzung für ein professionelles, hochspezialisiertes Handeln ist ein exzellentes Fachwissen, sowie die dafür notwendige wissenschaftliche Ausbildung. Als Fachwissen ist ein wissenschaftlich fundiertes Wissen zu verstehen. Durch die Abgrenzung, zuerst von der Theologie und später von der Medizin, steht der Pflege heutzutage ein exklusives Fachwissen zur Verfügung (Veit, 2004, S. 63, 128).

Die Anwendung und Umsetzung dieses Wissens hat jedoch individuell zu erfolgen. Als Voraussetzung, fachliches Wissen als Pflegeperson an Patienten/Patientinnen anwenden zu können, gilt eine patienten-/patientinnenorientierte Haltung. Diese beschreibt neben der Fachlichkeit einen wesentlichen Grundpfeiler der professionellen Pflege. Die hermeneutische Komponente beinhaltet das Verstehen, Mitfühlen und die Teilnahme am Patienten-/Patientinnen-Geschehen. Pflege arbeitet mit und am Menschen. Hierfür wird ein Fachwissen, genauso aber auch die Fertigkeit, dieses Wissen für jeden Patienten/jede Patientin fallgerecht anzuwenden, verlangt (Veit, 2004, S. 63, 71 & 126). „Professionelle Krankenpflege dokumentiert nicht nur objektiv messbare Patientendaten, sondern nimmt Anteil am Erleben und Befinden des kranken Menschen, sie nimmt ihn als eigenständige Person wahr, respektiert seine Entscheidungen und verhilft ihm bei der Wiederherstellung seiner Gesundheit und Selbstpflegefähigkeit“ (Veit, 2004, S. 129). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege dem Bild einer Profession entspricht und dadurch ein professionelles Handeln in der Pflege möglich und unbedingt notwendig ist (Veit, 2004, S. 126).

1.3.5 Begegnung in der Pflege

Längle (2016, S. 155) beschreibt die Begegnung als eine Ich-Du-Relation, wobei die persönlichen Fähigkeiten von zwei Personen aufeinandertreffen und eine gemeinsame Begegnungsfläche, ein „Zwischen“, entsteht. Als eine personale Begegnung wird ein Prozess, eine Interaktion zwischen einem „Du“ und „Ich“ mit einem gemeinsamen Thema verstanden. „Begegnung ist für die Entfaltung der Person fundamental und stellt eine Form ihres Existenzvollzugs dar. Begegnung braucht den unmittelbaren Kontakt. Der Dialog ist sein

Mittel“ (Längle, 2016, S. 155). Als Mensch stehen wir in ständiger Beziehung zu anderen Personen. „Ohne diese Begegnung könnten wir nicht überleben“ (Längle, 2013, S. 41). Es gehört zum Wesen des Menschen auf etwas bezogen zu sein, das nicht er selbst ist. Im pflegerischen Handeln steht die Begegnung im Mittelpunkt. Der Prozess der Begegnung wird von pflegebedürftigen Menschen aktiv erlebt und als positiv oder negativ angesehen. Das eigene Verhalten und das des Gegenübers bestimmen jede Begegnung (Längle, 2013, S. 41; Gattringer, 2010, S. 10). Immer wieder taucht der Begriff Begegnung in der Pflege-Literatur als Synonym für Dialog und Beziehung auf und beschreibt eine tiefgründige Interaktion zwischen Pflegeperson und Patient/Patientin. Die Art und Weise, wie sich eine Pflegeperson verhält, spielt für die Qualität und das Ergebnis der Pflegebegegnung eine Rolle (Holopainen, Nyström & Kasén, 2017, S. 1).

1.4 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit wurde mit einer ausführlichen Problembeschreibung begonnen, aus welcher sich im weiteren Verlauf eine Fragestellung für diese Arbeit ableiten ließ. Anschließend wurden die Ziele, welche diese Arbeit verfolgt erläutert. Danach folgte eine Definition relevanter Begriffe.

Der nächste große Teil der Arbeit besteht aus einer detaillierten Beschreibung der systematische Literaturrecherche, sowie eine ausführlichen und kritischen Einschätzung der Studien, welche im Kapitel 2 „Methode“ zu finden ist. Die daraus gewonnene Literatur und Information wird im darauffolgendem Kapitel, dem Ergebnisteil, dargestellt. Hierbei wurden passend zu den Sub-Themen der Ergebnisse Unterkapitel gebildet. Abschließend folg eine Diskussion der Ergebnisse sowie ein Resümee der Arbeit.

2 Methode

In diesem Kapitel werden Methoden beschrieben, die angewendet wurden um Literatur und Information für die Bearbeitung der Forschungsfrage zu erhalten. Für das Erhalten wissenschaftlicher Literatur wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Hierbei wurden diverse pflegerelevante Datenbanken durchsucht, sowie in der Pflegefachbibliothek des Campus Rudolfinerhaus recherchiert. Ebenfalls wurden die Kataloge der Universitätsbibliothek der medizinischen Universität Wien, der Hauptbibliothek und der Fachbibliothek für Psychologie der Universität Wien durchsucht. Für das fachlich fundierte definieren von Begriffen wurde das Nachschlagewerk Psychrembel Pflege, welches sich in angegebener Auflage im Privatbesitz der Autorin befindet, verwendet. Des Weiteren wurden den Qualitätskriterien entsprechende Websites, wie beispielsweise Duden online, genutzt. Alle verwendeten Quellen sind am Ende der Arbeit, in Kapitel 6 „Literaturverzeichnis“ übersichtlich dargestellt, aufzufinden.

Im folgenden Kapitel wird der Vorgang der systematischen Literaturrecherche in mehreren Unterkapiteln beschrieben. Als zweiter Punkt dieses Hauptkapitels wird die kritische Beleuchtung und die daraus resultierende Einschätzung der Qualität der gefundenen Literatur dargestellt und beschrieben. Zuletzt werden die Ergebnisse der Recherche zusammengefasst.

2.1 Systematische Literaturrecherche

Bei einer systematischen Literaturrecherche handelt es sich um einen Suchprozess. Im Zuge der systematischen Literaturrecherche für diese Arbeit wurden folgende drei Phasen durchgeführt:

1. Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes; hierbei wurde ein Thema gewählt und eine erste grobe Recherche durchgeführt um einen Einblick in die Thematik zu erhalten. Daraus konnte ein Thema und im weiteren Sinne die Fragestellung definiert werden.
2. Recherche; eine umfassenden Recherche mit diversen Suchhilfen und ausgewählten Suchbegriffen wurde durchgeführt. Somit konnte geeignete Literatur gefunden, beschaffen und anschließend geordnet werden.
3. Bewertung, Lektüre und Kritik; In der letzten und dritten Phase wird die gefundene Literatur einer kritischen Einschätzung unterzogen. Sowohl die Relevanz der Inhalte für das Thema als auch formale und inhaltliche Qualitätskriterien werden überprüft. Abschließend werden die Inhalte zusammengeführt und dadurch die Fragestellung beantwortet. (Kleibel & Mayer, 2011, S. 25, 31-33).

Die folgenden Unterkapitel beschreiben detailliert den Vorgang der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten systematischen Literaturrecherche. Suchhilfen, Suchprozesse und die

ausgewählte Literatur werden gegliedert beschrieben. Tabellarische Darstellungen sollen hierbei als Unterstützung für das Schaffen eines Überblicks dienen. Zu Beginn werden verwendete Suchbegriffe aufgezeigt, es folgt eine Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien, der verwendeten Datenbanken, angewendeter Suchstrategien, ein Suchprotokoll und als Darstellung der Studienelektion ein Flussdiagramm. Zuletzt wird die gesamte ausgewählte wissenschaftliche Literatur überblicksmäßig präsentiert.

2.1.1 Verwendete Suchbegriffe

Um geeignete Suchbegriffe zu finden, wurde das Thema in verschiedene Komponenten aufgeteilt. Insgesamt wurden vier Komponenten ausgewählt: Junge Menschen, Erleben, Depression und Begegnung & Pflege. Im nächsten Schritt wurden diesen Komponenten themenspezifische Begriffe zugeordnet. Um mehrere Suchbegriffe zu erlangen, wurden Synonyme oder verschiedene Bezeichnungen für die diversen Begriffe gesucht (Kleibel & Mayer, 2011, S. 40). Zusätzlich wurden für die gefundenen Wörter jeweils die englischen Bezeichnungen herausgesucht, um auch in internationalen Datenbanken recherchieren zu können. In *Tabelle 1* werden die vier Kategorien mit den dazugehörigen Suchbegriffen übersichtlich in Deutsch und Englisch aufgelistet. Die Namen der einzelnen Kategorien, welche durch fettgedruckte Schrift erkennbar sind, wurden ebenfalls als Suchbegriffe verwendet.

Tabelle 1: Verwendete Suchbegriffe (Eigene Darstellung)

| Deutsch | English |
|---|--|
| <p>Junge Menschen</p> <p>Jugend, Jugendliche, jugendlich, Adoleszenz</p> | <p>young people</p> <p>youth, young adult/adults, young person/persons, adolescence, adolescent/adolescents, teen/teenagers</p> |
| <p>Erleben</p> <p>empfinden, fühlen, Einfluss, Auswirkung</p> | <p>experience</p> <p>feel, sense, impact, effect, influence</p> |
| <p>Depression</p> <p>depressiv, psychische Störung</p> | <p>depression</p> <p>depressive, mental health, mental illness, mental disorder</p> |
| <p>Begegnung & Pflege</p> <p>Pflegebegegnung</p> | <p>encounter & care</p> <p>caring encounter</p> |

Nachdem eine Vielfalt von Suchbegriffen gefunden wurde, sind im nächsten Schritt Ein- und Ausschlusskriterien bestimmt worden.

2.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Um der Arbeit einen formalen Rahmen zu geben und „den Fokus der Arbeit im Blick zu haben und sich nicht im ‚Literaturdschungel‘ zu verlieren“ (Kleibel & Mayer, 2011, S. 42) wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Eine Übersicht der ausgewählten Ein- und Ausschlusskriterien für das Thema dieser Arbeit ist in *Tabelle 2* zu finden.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (Eigene Darstellung)

| | Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|------------------------------|---|---|
| Inhaltliche Variablen | Jugendliche/junge Erwachsene und psychische Störungen (Depression), Erleben von Betroffenen, Begegnung mit der Pflege | Nicht die Psyche betreffende Krankheiten, Ursachen und Therapien einer psychischen Störung Schwangerschaftsdepression |
| Bevölkerungsgruppen | Jugendliche und junge Erwachsene, Pflegepersonal | Kinder, Erwachsene & ältere Menschen |
| Altersgruppe | 11 bis 25 Jahre (gilt für Jugendliche und junge Erwachsene) | 10 Jahre und jünger, 26 Jahre und älter (gilt für Jugendliche und junge Erwachsene) |
| Setting | keine Einschränkung | |
| Publikationsarten | Qualitative und quantitative Studien Systematische Reviews | nicht wissenschaftliche Studien |
| Zeitraum | 2007 – 2018 | – |
| Sprache | Deutsch, Englisch | – |
| Kulturraum | keine Einschränkungen | |

Inhaltlich wurde der Fokus auf die Variablen *Jugendliche, junge Erwachsene und psychische Störungen (Depression), das Erleben von Betroffenen, sowie die Begegnung mit der Pflege* gelegt, da diese das Thema der Arbeit beschreiben. Ausgeschlossen sind dadurch jegliche anderen Krankheitsbilder, sowie diverse Ursachen, Risikofaktoren und Therapieformen einer psychischen Störung. Ebenfalls ausgeschlossen wurden diverse Formen der Depression, die

im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, beziehungsweise einer Geburt, auftreten. Bei Bevölkerungs- und Altersgruppe wurden Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 11 und 25 Jahren eingeschlossen. Kinder bis 10 Jahre und Erwachsene über 26 Jahre fallen somit aus dem Untersuchungsfeld. Pflegepersonal stellte neben den jungen Menschen eine zweite Bevölkerungsgruppe dar. Hier wurde keine Altersbegrenzung gesetzt. Im Setting und im Kulturraum wurden keine Einschränkungen getroffen, da diese für das Thema keine Relevanz darstellen. Um ausschließlich wissenschaftliche Ergebnisse zu erhalten, wurden die Publikationsarten qualitative und quantitative Studien, sowie systematische Reviews als Einschlusskriterium, und Publikationen die nicht wissenschaftlich sind als Ausschlusskriterium festgelegt. Ein zeitlicher Rahmen dient dazu, einen aktuellen Forschungsstand des Themas zu erhalten, daher wurde der Zeitraum von 2007 bis heute (2018) eingegrenzt. Sprachlich wurde nach deutscher, als auch englischer Literatur gesucht. Englisch aufgrund dessen, weil ein Großteil der Forschung englischsprachig durchgeführt, beziehungsweise aufgezeichnet, wird. Weitere Sprachen konnten nicht berücksichtigt werden, da die sprachlichen Kenntnisse der Autorin hierfür nicht ausreichend sind.

2.1.3 Verwendete Datenbanken

Um an ausreichend relevante Literatur zu gelangen wurde eine Reihe von unterschiedlichen Datenbanken für diese Arbeit durchsucht.

Zu Beginn wurde in der größten internationalen „Datenbank für Pflege und angrenzende Gesundheitsberufe“ (Kleibel & Mayer, 2011, S. 172) CINHALL gesucht. Die Datenbank ist englischsprachig und kostenpflichtig. Der notwendige Zugang ist für Studierende an der Fachhochschule Wiener Neustadt gegeben. Diverse Suchoptionen können ausgewählt und eingegeben werden, dadurch ist eine genaue und zielgerichtete Suche möglich. Es wurden Suchoptionen bezüglich Erscheinungsjahr, Publikationsart, Sprache und Altersgruppe genutzt.

Ähnlich aufgebaut ist die zweite verwendete Datenbank, MEDLINE. Hierbei handelt es sich um die größte medizinische Datenbank weltweit, welche, neben vielen anderen, die amerikanische medizinische Literaturdatenbank PubMed beinhaltet. Einer der Hauptbereiche unterliegt der Pflege. Sie ist ebenfalls englischsprachig und stellt Literaturzitate von internationalen Fachzeitschriften zur Verfügung (Kleibel & Mayer, 2011, S. 172). Der Zugang wurde gleich wie bei CINHALL, durch den Studenten Account der Fachhochschule Wiener Neustadt ermöglicht. Auch hier ist eine erweiterte Suche möglich. Die Optionen Erscheinungsjahr, Publikationsart, klinische Frage, Altersgruppe und Sprache wurden, den Ein- und Ausschlusskriterien angepasst, verwendet.

Zunächst wurde die Datenbank ScienceDirect College Edition durchsucht. Es handelt sich hierbei um eine, speziell für Studenten/Studentinnen konzipierte, Literaturdatenbank des

Elsevier Verlag (Elsevier, 2018). Ebenfalls wurde die Plattform Taylor & Francis Online durchsucht. Die Taylor & Francis Groupe veröffentlicht qualitative, expertengeprüfte Zeitschriften. Die Inhalte dieser Zeitschriften können auf der Online Plattform durchsucht werden (Taylor & Francis Groupe, 2018). Speziell wurde hier in der Zeitschrift „Journal of Youth Studies“ geforscht. Auch die Suchmaschine LIVIVO wurde verwendet. LIVIVO ist ein Suchportal, welches unter anderem Literatur aus den Bereichen Gesundheitswesen und Medizin beinhaltet (LIVIVO, 2018). Zuletzt wurde in der deutschsprachigen Datenbank Bibnet.org recherchiert. Es konnten hierbei jedoch keine relevanten Treffer gefunden werden.

2.1.4 Suchstrategien

Um in einer Datenbank an richtige Ergebnisse zu gelangen, sind Kenntnisse und Erfahrung gefordert. Das Suchergebnis kann durch spezielle Eingaben und diverse Auswahlen stark beeinflusst werden (Kleibel & Mayer, 2011, S. 43). Viele der verwendeten Suchbegriffe haben einen gemeinsamen Wortstamm. Damit nicht bei jedem Suchvorgang alle Wörter extra eingegeben werden mussten, wurde mit sogenannten Trunkierungen gearbeitet. Es handelt sich hierbei um Zeichen (* oder ?), die als Platzhalter eingesetzt werden (Kleibel & Mayer, 2011, S. 45). Beispielsweise wurde anstatt den Begriffen „adolescence“ und „adolescents“ die Eingabeoption „adolescenc*“ verwendet. Zur Verknüpfung der Suchbegriffe wurden Bool'sche Operatoren verwendet. Diese sind „UND“, „ODER“ und „NICHT“, beziehungsweise im Englischen „AND“, „OR“ und „NOT“. Sie bewirken, dass Suchbegriffe auf eine bestimmte Art und Weise miteinander in Verbindung gestellt werden, beziehungsweise ausgegrenzt werden (Kleibel & Mayer, 2011, S. 45). Suchbegriffe die aus mehreren Wörtern bestanden, wie zum Beispiel „mental health“ oder „depression in adolescence“, wurden unter Anführungszeichen („“) eingegeben. Dadurch wurden „die eingegebenen Worte in der angeführten Reihenfolge gesucht“ (Kleibel & Mayer, 2011, S. 54).

Eine weitere angewendete Strategie war das Suchen mit Schlagworten. Dabei handelt es sich um „Begriffe, die zentrale Aspekte eines Textes beschreiben“ (Kleibel & Mayer, 2011, S. 57). Da diese nicht willkürlich gewählt werden können, wurde für die Auswahl des Schlagwortes ein standardisiertes Schlagwortverzeichnis durchsucht. Die verwendeten Schlagwörter lauten „mental disorders“, „young adult“, „depression“ und „care“. Bei der Suche in der Datenbank CINAHL gibt es die Möglichkeit Schlagwörter, die in einem Suchergebnis vorkommen, auszuwählen, und an Hand derer, die relevanten Ergebnisse zu filtern. Auch diese Methodik wurde genutzt. Dadurch wurde nicht nur das Suchergebnis eingegrenzt, sondern auch neue Schlagwörter gefunden. Ebenfalls wurde die Vorgangsweise der Berrypicking-Methode genutzt. Hierbei werden aus den Literaturverzeichnissen der bereits vorhandenen Literatur, neue Quellen entdeckt (Kleibel & Mayer, 2011, S. 65).

2.1.5 Suchprotokoll

Ein zusammenfassender Überblick über die wichtigsten Suchverläufe wird in einem Suchprotokoll in *Tabelle 3* dargestellt. Verwendete Suchbegriffe und Datenbanken, sowie diverse angewendete Suchstrategien sind hierbei ersichtlich. Ebenso werden die Trefferanzahl der jeweiligen Sucheingeabe und die Anzahl der daraus relevanten Treffer angegeben.

Tabelle 3: Suchprotokoll (Eigene Darstellung)

| Suchinstrument | Sucheingabe | Trefferanzahl | Anzahl der relevanten Treffer |
|--|--|---------------|-------------------------------|
| CINHAL with Full Text via EBSCOhost | (MM "Young Adult") AND depression Limiters - Published Date: 20070101-20181231; Publication Type: Meta Analysis, Research, Review, Systematic Review; Age Groups: Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years; Language: English, German | 19 | 1 |
| CINHAL with Full Text via EBSCOhost | TI experience depression AND (youth or adolescents or young people or teen or young adults) Limiters - Published Date: 20070101-20181231; Publication Type: Meta Analysis, Meta Synthesis, Research, Review, Systematic Review; Age Groups: Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years; Language: English, German | 7 | 1 |
| CINHAL with Full Text via EBSCOhost | MM depression AND (adolescents or teenagers or young adults or teen or youth) AND experience NOT (birth OR pregnan*) Limiters - Published Date: 20070101-20181231; Publication Type: Meta Analysis, Meta Synthesis, Research, Review, Systematic Review; Age Groups: Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years; Language: English, German | 204 | 15 |

| | | | |
|---|--|------------|----------|
| <p>CINHAL with Full Text via EBSCOhost</p> | <p>MM Depression AND MJ Care AND (young people or young adult* or youth or adolescen*) NOT (Birth OR Pregna* OR Sex)</p> <p>Limiters - Published Date: 20070101-20181231; Publication Type: Meta Analysis, Meta Synthesis, Research, Review, Systematic Review; Age Groups: Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years; Language: English, German</p> | <p>149</p> | <p>2</p> |
| <p>CINHAL with Full Text via EBSCOhost</p> | <p>(Adolescen* OR Young Adult* OR Youth OR Teen OR Young Person) AND depression in adolescence AND (impact or effect or influence)</p> <p>Limiters - Published Date: 20070101-20181231; Publication Type: Meta Analysis, Meta Synthesis, Research, Review, Systematic Review; Age Groups: Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years; Language: English, German</p> <p>Narrow by Subject Major: quality of life, primary health care, mental health, life change events, coping, adolescent psychology, adolescent psychiatry, adolescent development, adolescent behavior</p> | <p>43</p> | <p>1</p> |
| <p>MEDLINE via EBSCOhost</p> | <p>MM Depression AND TI experience AND (young people or youth or adolescen* or young adult*) NOT (birth or *natal or pregna*)</p> <p>Limiters - Date of Publication: 20070101-20181231; Age Related: Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years, Young Adult: 19-24 years; Language: English, German</p> | <p>54</p> | <p>2</p> |
| <p>MEDLINE via EBSCOhost</p> | <p>MM mental disorders AND TX (young people or youth or adolescen* or young adult*) AND experiences AND MJ care</p> <p>Limiters - Date of Publication: 20070101-20181231; Age Related: Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years, Young Adult: 19-24 years; Journal & Citation Subset: MEDLINE, Nursing, Pubmed Central; Language: English, German</p> | <p>73</p> | <p>6</p> |
| <p>ScienceDirect College Edition</p> | <p>(young people OR adolescen*) AND Depression AND experience AND (Impact of life)</p> <p>Limiters – Date of Pub.: 2007-2018; Publication Type: Review articles, research articles</p> | <p>51</p> | <p>1</p> |

| | | | |
|--|--|----|---|
| LIVIVO | ((Young people with depression) AND TI=experience) AND PY=2007:2018 | 20 | 5 |
| Journal of Youth Studies via Taylor & Francis online | [Keywords: depression] Limitation - Journal: Journal of Youth Studies | 3 | 1 |
| Berrypicking-Methode | - | 9 | 9 |

2.1.6 Flussdiagramm zur Studienselektion

Zur Veranschaulichung und Nachvollziehbarkeit der Studienselektion wird dieser Vorgang in *Abbildung 1* in Form eines Flussdiagramms dargestellt. Im oberen Abschnitt ist die Anzahl der Suchergebnisse durch die Datenbanksuche (n= 623) und mittels Berrypicking-Methode (n= 9), sowie die Bestände nach Ausschluss von Duplikaten ersichtlich. In der nächsten Ebene „Selektion“ ist zu sehen, von wie vielen Ergebnissen die Abstracts (n= 36) und Volltexte (n=18) anhand der Ein- und Ausschlusskriterien überprüft wurden. Der letzte Abschnitt zeigt die Zahl, der in den Forschungsüberblick eingeschlossenen Studien (n= 13), nachdem diese einer kritischen Einschätzung unterzogen wurden.

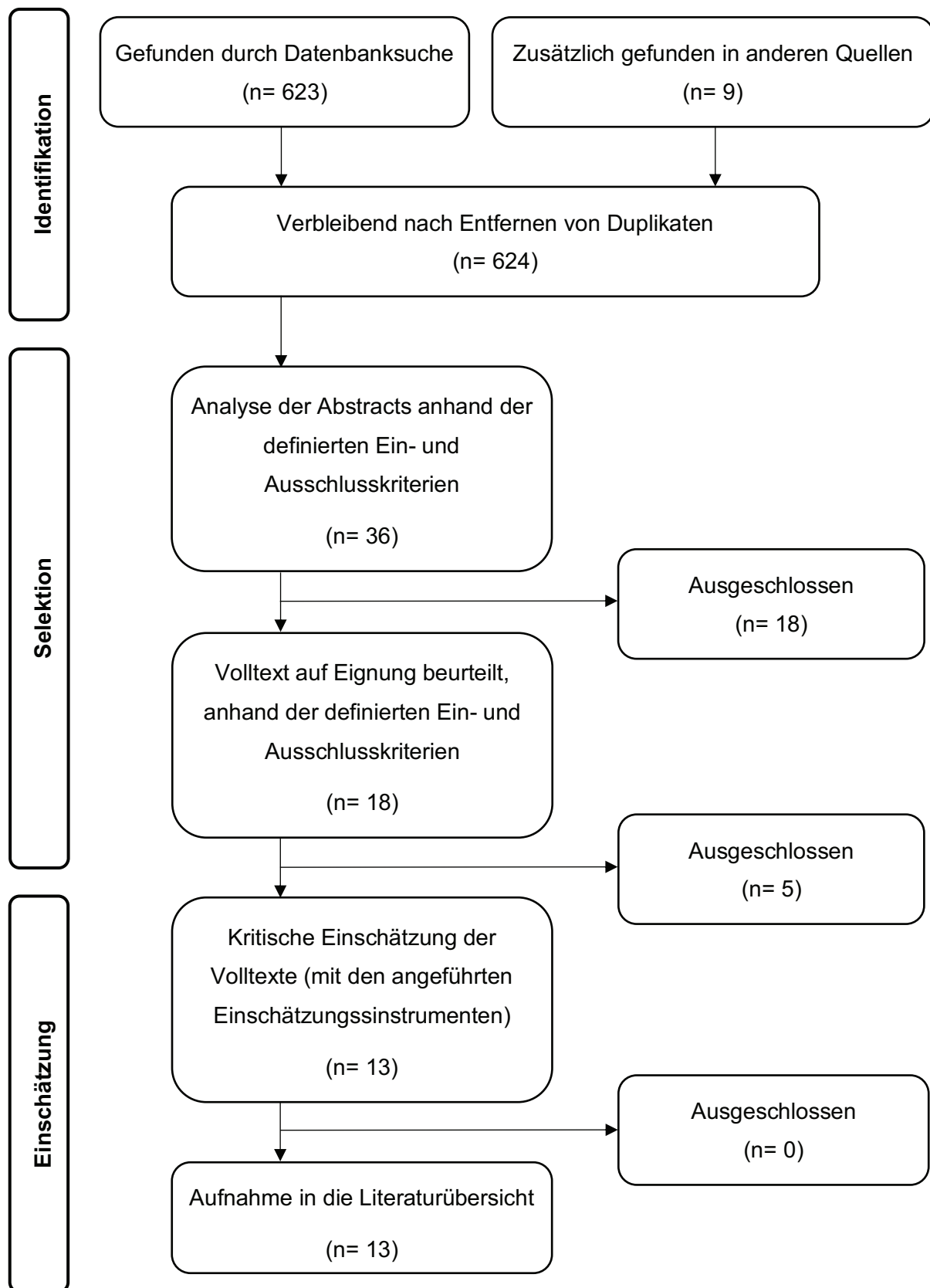


Abbildung 1: Flussdiagramm der Studienselektion (Eigene Darstellung)

2.1.7 Überblick über die wissenschaftliche Literatur

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die gefundenen wissenschaftliche Literatur gegeben. Für eine bessere Veranschaulichung, werden die Ergebnisse in *Tabelle 4* dargestellt. Basierend auf verschiedenen Aspekten werden die Ergebnisse in fünf Spalten aufgelistet. In der ersten Spalte sind bibliographische Informationen über Autoren/Autorinnen, Erscheinungsjahr und Land ersichtlich. Die zweite Spalte beinhaltet in fünf Punkte aufgelistet: 1. den Forschungsansatz, 2. das Studiendesign, 3. die Personengruppe, 4. die Stichprobe und 5. das Setting. Ziel(e) und Forschungsfrage(n) werden in der nachstehenden Spalte aufgezeigt. Die vierte Spalte enthält Information der Datenerhebung, des Erhebungszeitraums und der Datenanalyse. In der letzten Spalte werden die Ergebnisse der Studie kurz und prägnant beschrieben. Die Tabelle wurde in nach inhaltlichen Aspekten in folgende drei Kategorien unterteilt: „Das Erleben einer Depression aus der Perspektive der Betroffenen“, „Erfahrungen von Betroffenen jungen Menschen mit pflegerischen Begegnungen“ und „Begegnung aus der Perspektive der Pflege“. Die Bildung der Kategorien wird in Kapitel 2.3 „Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche“ beschrieben.

Tabelle 4: Überblick über die wissenschaftlichen Literatur (Eigene Darstellung)

| Autoren/Autorinnen Jahr Land | 1) Forschungsansatz 2) Studiendesign 3) Personengruppe 4) Stichprobe 5) Setting (Umfeld) | Ziel(e) Forschungsfrage(n) | 1) Datenerhebung 2) Erhebungszeitraum 3) Datenanalyse | Ergebnisse |
|---|---|---|--|--|
| Das Erleben einer Depression aus der Perspektive der Betroffenen | | | | |
| Bluhm, Covin, Chow, Wrath & Osuch 2014 USA | 1) <u>Forschungsansatz</u> Qualitative Studie 2) <u>Studiendesign</u> Phänomenologisch 3) <u>Personengruppe</u> | Die Erfahrungen die ältere Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Problemen haben, die besser zu verstehen. | 1) <u>Datenerhebung</u> Persönliche oder per Telefon Semi-strukturierte Interviews, Durchschnittsdauer 1 Stunde | Ergebnisse zu den drei Forschungsschwerpunkten: - Beim Aufkommen des psychischen Problems herrscht Unsicherheit ob es sich um eine „normale“ schlechte Phase im Leben |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>Weitkamp, Klein & Midgley 2016 Deutschland</p> | <p>Ältere Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 25 Jahren die entweder mit einer psychischen Erkrankung diagnostiziert wurden oder psychische Probleme durchleben</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 37 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen (15 mit diagnostizierter Depression)</p> <p>5) <u>Setting</u> <i>keine Angaben</i></p> | <p>Folgende drei Punkte sollten besser untersucht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verständnis der Teilnehmer/ Teilnehmerinnen über das Wesen ihres psychischen Problems - Deren Wahrnehmung auf welche Art und Weise die Beziehung zu Familie und Freunde beeinflusst wird - Deren Ansicht bezüglich Art und Angemessenheit der Behandlung von psychischen Problemen | <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> <i>Keine Angaben</i></p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Die Interviews wurden von zwei Forschungsteam-Mitgliedern separat durchgelesen und kodiert und anschließend verglichen. Sobald eine theoretisch Sättigung erfolgte, wurden die Ergebnisse mit früheren Studien verglichen um Ähnlichkeiten oder Unterschiede aufzuzeigen.</p> | <p>oder etwas Ernsthaftes handelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persönliche Beziehungen, vor allem zu Freunden und Familie, spielen für viele eine wichtige Rolle. Andere berichteten, dass Beziehungen darunter litten. Einige distanzieren sich von ihren Bekanntschaften um einer Stigmatisierung zu entgehen. - War die Diagnose einmal gestellt, waren die meisten der Behandlung gegenüber optimistisch gestimmt. Mit Hilfe und Unterstützung sahen sie ihre Krankheit als handhabbar an. Sie gaben an in ihrer Behandlung eine aktive Rolle spielen zu wollen. |
| | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Qualitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u> Phänomenologisch, Explorativ</p> <p>3) <u>Personengruppe</u></p> | <p>Das Ziel dieser Studie war es, die Erfahrung der Depressionen und den Weg in die Therapie von Jugendlichen mit Depressionen zu erforschen.</p> | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Semi-strukturierte „Exceptions of Therapy Interviews“ wurden durchgeführt und auf Tonband aufgenommen mit einer Dauer von zirka 1 ½ Stunden.</p> | <p>Vier Kernpunkte wurden erhoben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Leiden wird als erdrückend empfunden 2) Erleben von Einsamkeit und Isolation 3) Schwierigkeiten, das Leiden zu verstehen |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| | <p>Jugendliche mit einer Depression die eine Psychotherapie beginnen, zwischen 14 und 19 Jahren.</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 6 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen, davon 5 weiblich und 1 männlich</p> <p>5) <u>Setting</u> <i>keine Angaben</i></p> | | <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> <i>keine Angaben</i></p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> Interpretative phänomenologische Analyse (IPA).</p> | <p>4) Therapie als letzter Ausweg</p> <p>Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es wichtig ist, die Stigmatisierung zu reduzieren und die Aufklärung über psychische Gesundheit für Jugendliche, sowie Eltern, Schulpersonal und Gesundheitsfachkräfte zu fördern.</p> |
| <p>McCann, Lubman & Clark 2012a Australien</p> | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Qualitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u> Phänomenologisch</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Jugendliche mit der Primärdiagnose einer Depression im Alter zwischen 16 und 25 Jahren.</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 26 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen, davon 16 weiblich und 10 männlich.</p> <p>5) <u>Setting</u></p> | <p>Das Ziel dieser Studie war es, gelebte Erfahrungen von Jugendlichen, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde, zu untersuchen.</p> | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Tiefgehende, semi-strukturierte Interviews mit einer Dauer von 30-60 Minuten.</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> <i>Keine Angaben</i></p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> Analyse erfolgte nach Smith & Osborn's Methode. Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und mehrmals gelesen. Anschließend erfolgte eine Kodierung welche</p> | <p>Vier Themengruppen stellen erlebte Schwierigkeiten im Umgang mit der Depression dar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Der Kampf, ihre Situation zu verstehen 2) Spiralenartiges Hinunterziehen 3) Zurückziehen 4) Selbstverletzung- und Selbstmordgedanken |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <p>McCann, Lubman & Clark 2012b Australien</p> | <p>Privates Umfeld</p> | <p>Das Ziel dieser Studie war es, die Ansichten, von Jugendlichen mit Depression, über die Rolle der Familie und anderer wichtiger Personen, bei der Bewältigung ihrer Krankheit zu untersuchen.</p> | <p>in Themengruppen gefasst wurden. Der Prozess wurde von unabhängigen Forschern geprüft.</p> | |
| | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Qualitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u> Phänomenologisch</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Jugendliche mit der Primärdiagnose einer Depression im Alter zwischen 16 und 25 Jahren.</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 26 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen</p> <p>5) <u>Setting</u> Privates Umfeld</p> | | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Tiefgehende, semi-strukturierte Interviews mit einer Dauer von 30-60 Minuten.</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> März und September 2009</p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> <u>Interpretative</u> phänomenologische Analyse (IPA) nach Smith & Osborn's Methode. Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und mehrmals gelesen. Anschließend erfolgte eine Kodierung welche in Themengruppen gefasst wurden.</p> | <p>Verhalten und Unterstützung von Familienmitglieder und anderen wichtigen Personen bei der Bewältigung der Depression wird von Betroffenen gegensätzlich erlebt. Folgende zwei gegensätzliche Themen wurden identifiziert:</p> <p>1) Unterstützend 2) Nicht unterstützend</p> |
| <p>Meadus 2007</p> | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Qualitative Studie</p> | <p>Ziel dieser Studie war es, das Phänomen der Bewältigungsstrategien</p> | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Unstrukturierte Interviews, sowie die</p> | <p>Herausgekommen ist die Meadus Theorie von Jugendlichen in der</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Kanada | <p>2) <u>Studiendesign</u> Grounded Theory</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Jugendliche mit einer affektiven Störung zwischen 15-20 Jahren, in stationärer oder ambulanter Behandlung.</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 9 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen, davon 8 weiblich und 1 männlich. 7 mit der Diagnose einer schweren Depression und 2 mit einer Bipolaren Störung.</p> <p>5) <u>Setting</u> Stationär oder Ambulant</p> | von Jugendlichen mit einer affektiven Störung zu untersuchen. | <p>Krankenakten von 2 Teilnehmern/ Teilnehmerinnen. Beobachtungen wurden nach den Interviews aufgezeichnet.</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> <i>Keine Angaben</i></p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> Analyse erfolgte nach Strauss & Corbins Methode. Jedes Interview wurde wörtlich transkribiert und analysiert bevor das nächste stattgefunden hat. Offene, axiale und selektive Kodierung wurde durchgeführt, wodurch Kernkategorien gebildet werden konnten.</p> | <p>Bewältigung einer affektiven Stärkung. Diese Theorie beruht auf der Kernkategorie „Eine ungeplante Reise: Bewältigung durch Beziehungen“. Diese Theorie beinhaltet folgende vier Phasen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sich anders fühlen 2) Beziehungen trennen/beenden 3) Sich den Herausforderungen stellen/ Wiedervernetzung 4) Aus der Erfahrung lernen <p>Die Phasen sind nicht linear verlaufend, der Beginn ist jedoch immer bei Phase 1.</p> |
| <p>Midgley, Parkinson, Holmes, Stapley, Eatough & Target 2015 Großbritannien</p> | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Qualitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u> Phänomenologisch</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Jugendliche zwischen 11-18 Jahren mit der</p> | Ziel der Studie ist es, die erlebte Erfahrung von Depressionen bei klinisch behandelten Jugendlichen zu untersuchen. | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Semi-strukturierte Interviews mit einer Dauer von 4 bis 37 Minuten.</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> <i>Keine Angaben</i></p> | <p>In Bezug auf das Erleben einer Depression konnten fünf Hauptaspekte identifiziert werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kummer, Verzweiflung und Tränen 2) Wut und Gewalt gegen sich selber und andere |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | <p>Diagnose einer mittelschweren oder schweren Depression.</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 77 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen, davon 22 männlich und 55 weiblich.</p> <p>5) <u>Setting</u> Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> | | <p>3) <u>Datenanalyse</u> Analyse erfolgte nach den fünf Phasen der „Framework Analysis“ nach Ritchie und Spencer. Der Fokus lag darauf, wie Betroffene über ihre Depression sprechen.</p> | <p>3) Eine trübe Ansicht auf alles</p> <p>4) Isolation und Abgrenzung von der Umwelt</p> <p>5) Die Auswirkung auf die Ausbildung</p> |
| <p>Shaw, Dallos, & Shoebridge 2009 Großbritannien</p> | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Qualitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u> Explorativ</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Weibliche Jugendliche die an einer Depression leiden, zwischen 14 und 17 Jahren.</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 6 Teilnehmerinnen</p> <p>5) <u>Setting</u> Privates Umfeld</p> | <p>Ziel der vorliegenden Studie war es, ein Verständnis für das Erleben einer Depression von weiblichen Jugendlichen zu entwickeln.</p> | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Teilnehmerinnen wurden per Telefon kontaktiert und ein Termin wurde vereinbart. Semi-strukturierte Interviews wurden durchgeführt.</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> <i>Keine Angaben</i></p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> Interpretative phänomenologische Analyse (IPA). Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und analysiert. Daraus</p> | <p>Folgende drei Hauptthemen, mit dazugehörigen Unterthemen konnten erhoben werden:</p> <p>1) <u>Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nicht sprechen/reden - Reden wollen, aber nicht in der Lage sein <p>2) <u>Selbstverletzung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wertlos fühlen - Selbsthass - Sich als ungewollt sehen - Verlust der Identität <p>3) <u>Anders-sein</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sich anders fühlen - Nicht normal sein |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <p>Brown, Strauman, Barrantes-Vidal, Silvia & Kwapil 2011 USA</p> | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Quantitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u> Experience-Sampling Methode (ESM)</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Junge Erwachsene, Studenten/ Studentinnen</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 197 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen, Durchschnittsalter 19,4 Jahre.</p> <p>5) <u>Setting</u> Privates Umfeld</p> | <p>Zusammenhang zwischen selbst-berichteten depressiven Symptomen und Berichte bezüglich Affekt, Kognition und soziale Funktionen im täglichen Leben.</p> <p>Inwieweit soziale Kontakte und soziale Nähe den Ausdruck depressiver Symptome im täglichen Leben beeinflussen.</p> | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Fragebögen (allgemeine demografische Fragen und Beck-Depressions-Inventar) & Personal Digital Assistent (ESM-Daten)</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> <i>Keine Angaben</i></p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> Hierarchisch lineare Modellierung (Mehrebenenanalyse)</p> | <p>- Depressive Symptome stehen in Verbindung mit sozialer Isolation und einer verminderten Beziehungsqualität.</p> <p>- Depressive Symptome wurden mit einerseits Unwohlsein, wenn man mit andere ist, und andererseits Zurückweisung, wenn man alleine ist, verbunden.</p> |
| <p>van Roekel, Bennik, Bastiaansen, Verhagen, Ormel, Engels & Oldehinkel 2016 Niederlande</p> | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Quantitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u> Explorativ</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Frühe Adoleszenz: Schüler/Schülerinnen zwischen 13 und 16 Jahren.</p> | <p>Ziel dieser Studie war es, die Beziehungen zwischen depressiven Symptomen und Freude am täglichen Leben bei jüngeren und älteren Jugendlichen zu untersuchen.</p> <p>Zusammenhänge zwischen depressiven</p> | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Als Messinstrument wurde die „Experience Sampling“ Methode (ESM) verwendet.</p> <p>Frühe Adoleszenz: Zuerst musste ein online Basisfragebogen ausgefüllt werden. Während des</p> | <p>Es konnte gezeigt werden, dass depressive Symptome, unabhängig von Alter und Geschlecht, einen Zusammenhang mit einem niedrigeren Durchschnitt positiver Affekte, einem geringeren Anteil an positiven Erlebnissen, einer geringeren Intensität positiver Ereignisse</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | <p>Späte Adoleszent: Junge Frauen zwischen 18 und 25 Jahren.</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> Frühe Adoleszenz: 284 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen, davon 168 weiblich und 116 männlich.</p> <p>Späte Adoleszenz: 75 Teilnehmerinnen</p> <p>5) <u>Setting</u> Privates Umfeld</p> | <p>Symptomen und Anhedonie mit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anteil und Intensität von positiven Ereignissen 2) Durchschnitt und Variabilität positiver Affekte 3) Reaktivität auf positive Ereignisse 4) Reaktivität auf positive Affekte (ob positive Affekte Auslöser für positive Ereignisse sind) <p>zu untersuchen.</p> | <p>Untersuchungszeitraums von 6 Tagen musste 9 mal pro Tag ein Fragebogen ausgefüllt werden. All das auf einem zur Verfügung gestelltem Smartphone mit dem Programm „My Experience“. Am Schluss folgte nochmals ein kurzer Fragebogen.</p> <p>Späte Adoleszenz: Am Einschulungstag für die Erhebungsinstrumente wurde ein Basisfragebogen ausgefüllt. Während des Untersuchungszeitraums von 14 Tagen musste 5 mal pro Tag ein Fragebogen ausgefüllt werden.</p> <p>Erhebung erfolgte mittels Personal Digital Assistants (PDAs) oder einer Applikation am privaten Smartphone.</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> 6 bzw. 14 Tage</p> <p>3) <u>Datenanalyse</u></p> | <p>und einer höheren Variabilität positiver Affekte haben.</p> |
|--|---|---|---|--|

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| <p>Jaycox, Stein, Paddock, Miles, Chandra, Meredith, Tanielian, Hickey & Burnam 2009 USA</p> | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Quantitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u> Langzeitstudie</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Teenager zwischen 13 und 18 Jahren mit und ohne Depression, sowie deren Eltern</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 184 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen mit und 184 ohne Depression; 339 Eltern</p> <p>5) <u>Setting</u> Privates Umfeld</p> | <p>Ermittlung der Auswirkungen einer Depression bei Teenagern auf tägliche Funktionen (Gleichaltrige, Familie, Schule und körperliche Funktionen), sowie die Belastung der Eltern.</p> | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Primäre Telefonumfrage, Strukturierte Basis-Interviews und Folge-Interviews</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> Jänner 2005 bis März 2006</p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> Bivariate und Multivariate Querschnittanalyse, sowie Cross-lagged Regression Analyse</p> | <p>Deskriptive Statistiken wurden mittels Statistikprogramm SPSS errechnet.</p> | <p>- Unterschiede zwischen Teenagern mit und ohne Depression</p> <p>- Rolle des Schweregrads der Depression in Bezug auf Begleitsymptome</p> <p>- Einfluss des Schweregrads der Depression auf Funktionsfähigkeit</p> |
| Erfahrungen von Betroffenen jungen Menschen mit pflegerischen Begegnungen | | | | | |
| <p>McCann & Lubman 2012</p> | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Qualitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u></p> | <p>Wie zufrieden sind Jugendliche mit Depressionen mit der Qualität der Versorgung,</p> | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Erfolgt durch Forscher der Universität. Individuelle semi-</p> | | <p>Ein Einblick in die Zufriedenheit der Jugendlichen mit der Qualität der Pflege die sie von</p> |

| | | | | |
|-------------------|---|--|--|---|
| <p>Australien</p> | <p>Phänomenologisch</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Junge Menschen zwischen 16 und 25 Jahren, diagnostiziert mit einer Depression</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 26 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen, davon 16 weiblich und 10 männlich.</p> <p>5) <u>Setting</u> Primary Care Service für Jugendliche mit psychischen Gesundheitsproblemen</p> | <p>die sie von Klinikern/ Klinikern⁵ eines Primary Care Services für junge Menschen mit psychischen Problemen erhalten?</p> | <p>strukturierte Interviews, mit einer Dauer von 30-60 Minuten wurden durchgeführt und auf Tonband aufgenommen.</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> <i>Keine Angaben</i></p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> Interpretative phänomenologische Analyse (IPA). Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert und gemäß des IPA-Kriterien analysiert. Sie wurden mehrmals durchgelesen und kodiert. Die Codes wurden zu Themen gruppiert.</p> | <p>Kliniker/Klinikerinnen erfahren konnte gegeben werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kliniker sind jugendfreundlich - Kliniker/Klinikerinnen verfolgen einen breit angelegten Pflegeansatz - Die jugendfreundliche und breit angelegte Pflege ermöglicht Genesung <p>Drei Themen konnten erkannt werden um die Zufriedenheit zu verbessern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wenn Betroffene Betreuung erhalten und Kliniker/Klinikerinnen allgemein als jugendfreundlich wahrgenommen werden. 2) Ein breit angelegter Pflegeansatz, mit dem Schwerpunkt der Verwendung psychosozialer Behandlungsansätze, wird als sehr positiv empfunden. 3) Die Wahrnehmung der Betroffenen, dass die Betreuung die sie erhalten, |
|-------------------|---|--|--|---|

⁵ In dieser Studie umfasst die Bezeichnung Kliniker/Klinikerinnen: psychiatrische Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerinnen, Psychologen/Psychologinnen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen, Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen und Psychiater/Psychiaterinnen (McCann & Lubman, 2012, S. 2180).

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <p>Lindgren, Söderberg & Skär 2015 Schweden</p> | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Qualitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u> Grounded Theory</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Patienten/Patientinnen im Alter von 18-26⁶ Jahren mit einer psychischen Erkrankung und Erfahrungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Allgemeinen Psychiatrie.</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 11 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen, davon 7 weiblich und 4 männlich</p> <p>5) <u>Setting</u> stationäre, ambulante, Geriatrie/psychiatrische Psychiatrie,</p> | <p>Ermittlung der Erfahrungen, die junge Erwachsene im Übergang zum Erwachsenenalter in der psychiatrischen Pflege machen.</p> | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Individuelle Interviews mit einer Durchschnittsdauer von 58 Minuten</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> Mai bis Dezember 2013</p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> Interviews wurden wortwörtlich transkribiert und analysiert. Die Interviews wurden komplett durchgelesen und zeilenweise kodiert. Codes wurden gruppiert und somit entstanden Sub- und Kernkategorien. Während des Kodierungsprozesses wurde das Internetprogramm Open Code 4.01 verwendet.</p> | <p>einen wichtigen Beitrag zu ihrer Genesung leisten.</p> <p><u>Kernkategorie:</u> Unterstützung gilt als Voraussetzung für den Übergang ins Erwachsenenalter und das Streben nach Genesung für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen. Die fünf Subkategorien lauten: 1) Motivation für die Fortsetzung der Betreuung 2) Als eine Person begeben 3) Ermutigt werden, Gefühle auszudrücken 4) Die Wichtigkeit eines unterstützenden Umfelds 5) Zu einem neuen Anfang kommen Die einzelnen Kategorien gelten als Einflussfaktoren für die gemachten Erfahrungen. Um Motivation für eine weitere Betreuung und das Streben nach Genesung aufrecht zu erhalten, bedarf es einer fürsorglichen Beziehung zu schaffen und den Betroffenen</p> |
|--|--|--|---|---|

⁶ Obwohl die Altersspannweite nicht den Einschlusskriterien der Altersgruppe entspricht, hat die Autorin entschieden, diese Studie miteinzubeziehen. Eine Erklärung dafür, ist in Kapitel 2.3 „Zusammenfassung der Literaturrecherche“ zu finden.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primärversorgung, Gemeindeservice | | | als einzigartige Personen zu begegnen. |
| Begegnung aus der Perspektive der Pflege | | | | |
| Hemberg & Lipponen 2017 Finnland | <p>1) <u>Forschungsansatz</u> Qualitative Studie</p> <p>2) <u>Studiendesign</u> Hermeneutisch</p> <p>3) <u>Personengruppe</u> Pflegepersonal mit einem psychiatrischen Schwerpunkt von einer Notfallambulanz mit ein paar Jahren Berufserfahrung.</p> <p>4) <u>Stichprobe</u> 5 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen zwischen 25 und 50 Jahren, davon 3 weiblich und 2 männlich.</p> <p>5) <u>Setting</u> klinisches Setting</p> | <p>Was ist eine pflegerische Begegnung mit Patienten/Patientinnen mit psychischen Erkrankungen, was passiert in der Begegnung und was sind die Hürden und Herausforderungen?</p> <p>Ziel ist es die Begegnung zwischen Patienten/Patientinnen und Pflegepersonal in einem psychiatrischen Pflegekontext zu untersuchen.</p> | <p>1) <u>Datenerhebung</u> Interviews mit einer Dauer von 30-60 Minuten wurden durchgeführt und auf Tonband aufgenommen.</p> <p>2) <u>Erhebungszeitraum</u> <i>keine Angaben</i></p> <p>3) <u>Datenanalyse</u> Interviews wurden transkribiert und hermeneutisch ausgewertet. Offenheit und Kreativität sind vom Leser/Leserin gefordert, um Bedeutungen in den Tiefen des Textes zu enthüllen. Die Interviews wurden mehrmals gelesen, daraus ergaben sich Sub-themen und in späterer Folge Hauptthemen.</p> | <p>Folgende fünf Hauptthemen ergaben sich aus der Studie:</p> <p>1) Anerkennung der Patienten/Patientinnen durch Liebe und Mitgefühl wesentlichen Bestandteil für die Pflegebegegnung</p> <p>2) Der erste Eindruck der Patienten/Patientinnen ist entscheidend für die Pflegebegegnung</p> <p>3) Die Persönlichkeit der Pflegeperson als Schlüssel der Vertrauensbildung</p> <p>4) Ein Raum als Basis für die Begegnung und als Schutz für Integrität und Verletzlichkeit der Patienten/Patientinnen.</p> |

2.2 Einschätzung der Qualität der Literatur

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der dritten Phase der Literaturrecherche, der kritischen Einschätzung der Qualität der Forschungsarbeiten. Eingeschätzt wird die Wissenschaftlichkeit der Arbeit, sowie die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse (Mayer, 2015, S. 380).

Für eine übersichtliche Darstellung der Einschätzungen der Forschungsarbeiten, erfolgte diese auf Basis des Ampelschemas nach Panfil & Ivanovic (2011, S. 4). Dadurch ist die Qualität der Studien auf einen Blick ersichtlich. Die verschiedenen Kriterien wurden in einer Tabelle aufgelistet und für jede, in diese Arbeit miteinbezogene Studie, wurden grüne, gelbe oder rote Punkte⁷ vergeben. Grün beschreibt adäquat – hohe Qualität, gelb beschreibt unklar – mittlere Qualität und rot steht für problematisch – niedrige Qualität (Panfil & Ivanovic, 2011, S. 20).

In *Tabelle 5* ist die Einschätzung der qualitativen Studien zu finden. Die Fragen zur Einschätzung der qualitativen Studien wurden von Behrens & Langer (2010, S. 165-168) entnommen. Als Hilfestellung für die Einschätzung der qualitativen Studien wurde die Beurteilungshilfe „Kritische Beurteilung von Qualitativen Studien“, ebenfalls aus Behrens & Langer, herangezogen. Diese ist zur Veranschaulichung in unausgefüllter Form in *Anhang 1* zu finden. Die, für die qualitativen Studien ausgefüllten Beurteilungshilfen, befinden sich anschließend in *Anhang 2 – Anhang 11*.

Die Übersicht der Einschätzung der quantitativen Studien ist in *Tabelle 6* zu finden. Kriterien zur Einschätzung der qualitativen Studien lehnen hier an Mayer (2015, S. 381-383) an. Für qualitative Studien steht keine ergänzende Beurteilungshilfe zur Verfügung.

⁷ Legende:

- adäquat – hohe Qualität
- unklar – mittlere Qualität
- problematisch – niedrige Qualität

Tabelle 5: Einschätzung von qualitativen Studien anhand eines Ampelschemas

(Eigene Darstellung, angelehnt an Panfil & Ivanovic (2011); Behrens & Langer (2010))

| | Forschungsfrage/Ziel relevant | Design | Literaturrecherche | Angemessene Stichprobe | Beschreibung der Stichprobe | Datenerhebung | Datenanalyse | Datenerhebung bis Sättigung | Darstellung der Ergebnisse | Bestätigung der Ergebnisse |
|------------------------|-------------------------------|--------|--------------------|------------------------|-----------------------------|---------------|--------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Bluhm et al. (2014) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| McCann & Lubman (2012) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Lindgren et al. (2015) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| McCann et al. (2012a) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| McCann et al. (2012b) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Meadus (2007) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Midgley et al. (2015) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Shaw et al. (2009) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Weitkamp et al. (2016) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Hemberg et al. (2017) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

Tabelle 6: Einschätzung von quantitativen Studien anhand eines Ampelschemas

(Eigene Darstellung, angelehnt an Panfil & Ivanovic (2011); Mayer (2015))

| | Forschungsfrage/Ziel relevant | Variablen, Hypothesen | Design | Datenerhebung (Qualität des Fragebogens) | Beschreibung der Stichprobe | Datenanalyse (geeignete statistische Tests) | Signifikante Effekte | Darstellung der Ergebnisse | Ähnlichkeiten mit anderen Studien (Diskussion) |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------|--|-----------------------------|---|----------------------|----------------------------|--|
| Brown et al. (2011) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Jaycox et al. (2009) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| van Roeckel et al. (2016) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

Die Ergebnisse der Qualitätseinschätzung werden im Zuge der gesamten Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche im nachstehenden Kapitel verschriftlich.

2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche

In folgendem Kapitel werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche erläutert und verglichen. Die Recherche ergab insgesamt 624 Treffer zu den Themen Jugendliche, junge Erwachsene und Depression, Erleben von Betroffenen und Begegnung mit der Pflege. Davon erschienen 36 Treffer als relevant und schlussendlich konnten insgesamt 13 Studien, die den definierten Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen und einer kritischen Einschätzung unterzogen wurden, verwendet werden.

Zu Beginn wurde die gefundene Literatur in drei Kategorien aufgeteilt. Diese basieren auf den inhaltlichen Einschlusskriterien. Die erste Kategorie widmet sich dem Erleben einer Depression, beziehungsweise einer psychischen Krankheit, im jugendlichen und jungem erwachsenen Alter. Hierzu ergaben sich zehn Ergebnisse. Die zweite Kategorie lautet „Erfahrungen von betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Betreuung“, welcher zwei Ergebnisse zugeordnet wurden. Die letzte Studie wurde der dritten Kategorie „Begegnung in der Pflege“ zugeordnet. In *Abbildung 2* ist eine graphische Darstellung der Ergebnisse bezüglich der Kategorien ersichtlich.

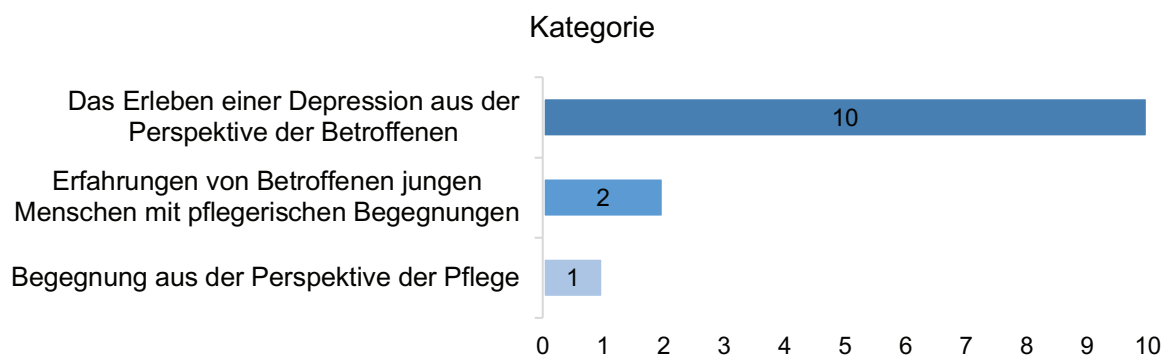


Abbildung 2: Graphische Darstellung der Ergebnisse nach Kategorie (Eigene Darstellung)

In *Abbildung 3* ist sichtbar, dass zehn der Ergebnisse auf dem qualitativen und drei auf dem quantitativen Forschungsansatz basieren. Die drei quantitativen Studien und sieben der qualitativen Studien haben sich mit dem Erleben einer Depression aus der Perspektive der Betroffenen beschäftigt. Von den restlichen qualitativen Studien beinhalten zwei die Erfahrungen von Betroffenen jungen Menschen mit pflegerischen Begegnungen und die letzte Studie handelt von der Begegnung zwischen Patienten/Patientinnen und Pflegepersonal in einem psychiatrischen Pflegekontext.

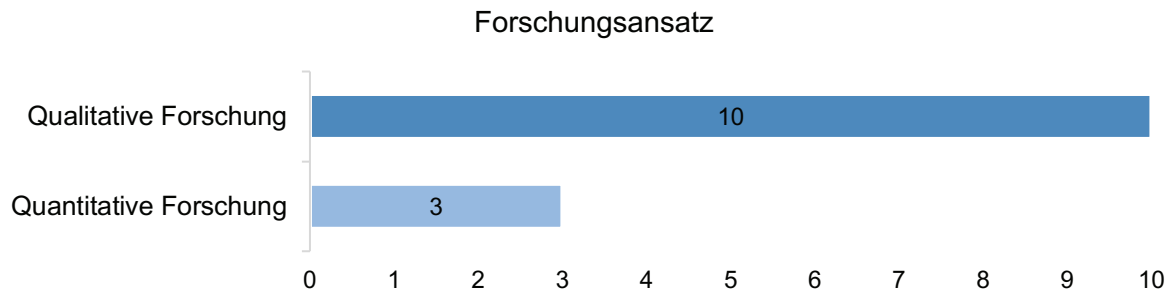


Abbildung 3: Graphische Darstellung der Ergebnisse nach Forschungsansatz (Eigene Darstellung)

In Bezug auf das Forschungsland kommen sowohl aus den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) als auch aus Australien jeweils drei Studien. An zweiter Stelle steht Großbritannien mit zwei Studien. Die restlichen Ergebnisse stammen aus Kanada, Schweden, Finnland, Deutschland und den Niederlanden. In *Abbildung 4* sind die Studien nach Forschungsland graphisch dargestellt. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass alle Ergebnisse aus dem westlichen Kulturkreis stammen. Sechs der 13 Studien, stammen aus dem europäischen Raum. Alle Studien waren unabhängig vom Herkunftsland in der internationalen Forschungssprache Englisch verfasst.

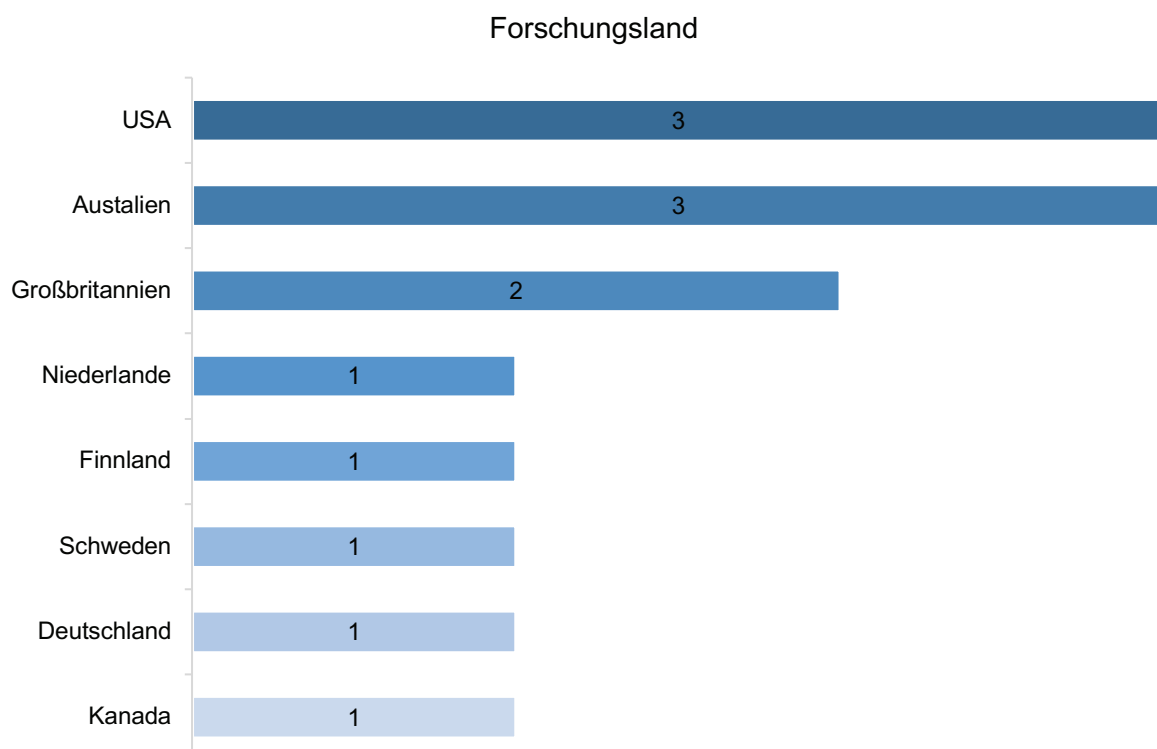


Abbildung 4: Graphische Darstellung der Ergebnisse nach Forschungsland (Eigene Darstellung)

Die Zeitspanne der Publikationen erstreckt sich über zehn Jahre hinweg, vom Jahr 2007 bis ins Jahr 2017. Neun der Studien stammen aus den vergangenen fünf Jahren. Die restlichen vier stammen aus den Jahren 2007, 2009 und 2011. Eine Übersicht diesbezüglich ist in *Abbildung 5* zu finden.

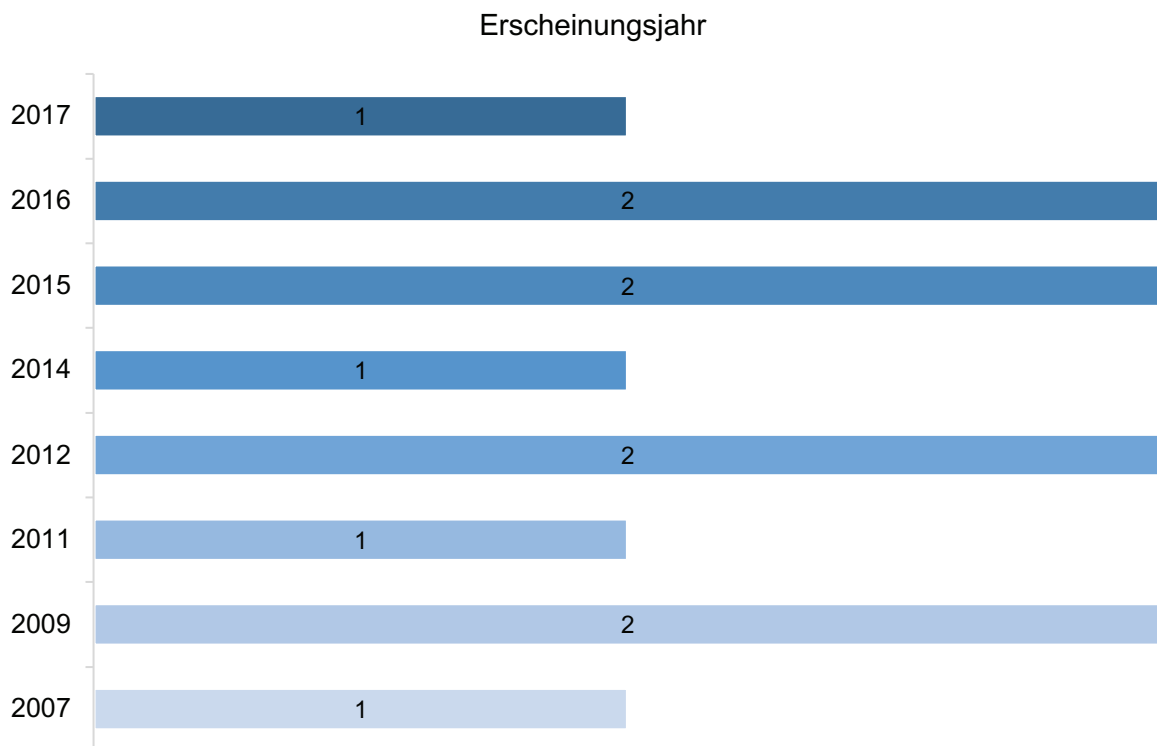


Abbildung 5: Graphische Darstellung der Ergebnisse nach Erscheinungsjahr (Eigene Darstellung)

Die Altersspannweite der Teilnehmer/Teilnehmerinnen liegt bei vier Publikationen zwischen 11 und 18 Jahren, bei drei zwischen 14 und 19 Jahren und bei den letzten sechs zwischen 16 und 25 Jahren. Eine Ausnahme stellt die Publikation von Lindgren et al. dar. Hier wurden zwei Teilnehmer/Teilnehmerinnen inkludiert, die bereits das Alter von 26 Jahren erreicht haben. Grund dafür waren Schwierigkeiten im Rekrutierungsprozess. Die Relevanz und Aussagekraft dieser Studie war dennoch gegeben.

Alle dreizehn Studien wurden einer kritischen Einschätzung unterzogen. Die Forschungsfragen – insofern diese expliziert formuliert wurden – beziehungsweise die Ziele der qualitativen Studien waren stets relevant. In Bezug auf das Studiendesign konnten bei zwei der qualitativen Studien Unklarheiten festgestellt werden. Eine der qualitativen Studien stellte Unklarheiten bezüglich der Literaturrecherche, der Angemessenheit der Stichproben und der Bestätigung der Ergebnisse dar. Die Beschreibungen der Stichproben und der Datenerhebung, sowie die Darstellung der Ergebnisse, waren in allen qualitativen Studien von hoher Qualität. Die Datenerhebung erfolgte bei vier Studien nicht bis zur Sättigung und bei

einer gab es Schwierigkeiten. Bei den quantitativen Studien gab es bei einer der drei Studien Unklarheiten bezüglich der Datenerhebung und der Beschreibung der Stichproben. Trotz einzelner Mängel wurde keine der Studien auf Grund von allgemeinem Qualitätsmangel ausgeschlossen werden.

3 Ergebnis

In diesem Kapitel werden die durch die systematische Literaturrecherche gewonnen Inhalte aufgezeigt. Zu Beginn wird auf die Ergebnisse bezüglich des Erlebens einer Depression aus der Perspektive der Betroffenen eingegangen. Hierbei konnten folgende drei Kategorien unterteilt werden: Gefühle und Selbstwahrnehmung, Wahrnehmung und Umgang mit der Situation und das soziale Umfeld. Es folgt eine Darstellung der Erfahrungen von betroffenen jungen Menschen mit pflegerischer Begegnungen. Abschließend wird die Begegnung aus der Perspektive der Pflege beschrieben.

3.1 Das Erleben einer Depression aus der Perspektive der Betroffenen

Junge Menschen mit einer Depression erleben signifikanten Beeinträchtigungen im täglichen Leben, der körperlichen Gesundheit und der Lebensqualität. Auch emotionale und verhaltensbezogene Probleme werden von Betroffenen beschrieben (Jaycox et al., 2009, S. 599). Der Mangel an Energie, der Verlust von Interesse und der Wunsch, sich von der Welt zurückzuziehen, hat großen Einfluss auf ihr Leben. Viele berichteten über das Problem in der Früh nicht aufzustehen zu wollen und keine Motivation für den Tag zu haben (Midgley et al., 2015, S. 275). Die drei folgenden Unterkapitel gehen auf einzelne Gebiete im Kontext des Erlebens der Betroffenen ein. Im ersten Unterkapitel werden die Gefühle, die Betroffene empfinden, sowie ihre subjektive Selbstwahrnehmung, beschrieben. Der nächste Punkt beinhaltet die Wahrnehmung und den Umgang mit der Lebenssituation, in der sich junge Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, befinden. Als letztes wird das Erleben des sozialen Umfelds beschrieben.

3.1.1 Gefühle und Selbstwahrnehmung

Das Erleben einer Depression wird durch ihre Symptome und Konsequenzen von jungen Menschen als erdrückend beschrieben. Sie beschreiben ein starkes Gefühl von Last und Leid. Angaben, wie sich in einem schwarzen Loch zu befinden oder in einem Chaos zu leben, zeigen die Ausweglosigkeit und Hoffnungslosigkeit der Betroffenen auf (Weitkamp, Klein & Midgley, 2016, S. 4). McCann, Lubman & Clark (2012a, S. 337) beschreiben in ihrer Studie, dass Betroffene das Gefühl haben, spiralförmig hinuntergezogen zu werden. Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl nimmt immer mehr ab, Konzentrationsschwierigkeiten treten auf und selbstverständliche Alltagsaufgaben stellen große Herausforderungen dar. Dieses hinunterziehende und bedrückende Gefühl verursacht die Verunsicherung, je wieder in einen geistig „normalen“ Zustand zurückkehren zu können. Dadurch entsteht eine psychische aber auch physische Müdigkeit und Schwäche (McCann et al., 2012a, S. 337).

Brown, Strauman, Barrantes-Vidal, Silvia & Kwapil (2011), sowie Van Roekel et al. (2016) stellen in ihren beiden quantitativen Studien Zusammenhänge zwischen Emotionen und

Erlebnissen mit depressiven Symptomen her. Brown et al. haben 2011 (S. 405) feststellen können, dass eine Depression bei jungen Menschen mit verminderten positiven Emotionen und erhöhten negativen Emotionen zusammenhängt. Wichtige Ereignisse werden als unangenehm und unerfreulich empfunden und körperliche Funktionsunfähigkeit wird erlebt. Fünf Jahre später haben van Roeckel et al. (2016, S. 1103) ähnliche Ergebnisse erzielt. Junge Menschen mit depressiven Symptomen erleben weniger positive Erlebnisse und verminderte Freude an diesen positiven Erlebnissen. Ein niedrigeres Level an positiven Emotionen und ein höheres Level an Instabilität konnte aufgezeigt werden.

3.1.2 Wahrnehmung und Umgang mit der Lebenssituation

McCann et al. (2012a, S. 336-337) beschreiben, dass es jungen Menschen im Umgang mit ihrer Depression schwer fällt, Sinnhaftigkeit in ihrer Situation zu sehen. Immer wieder stellen sich Betroffene Fragen, wie zum Beispiel, warum sie so anders sind oder warum sie nicht so wie die anderen Gleichaltrigen sind? Es fällt ihnen schwer zu verstehen, was mit ihnen und ihrem Leben passiert. Sie sind oftmals nicht in der Lage ihr Leiden zu verstehen und versuchen darin eine Sinnhaftigkeit zu sehen. Hierbei entstehen starke Gefühle des Nicht-Wissens und Nicht-Verstehens (Weitkamp et al., 2016, S. 6).

Shaw, Dallos & Shoebrieger (2009, S. 173-174) konnten aus den Inhalten der Interviews mit Betroffenen folgende Selbstbeschreibungen entnehmen: sich dumm, unwürdig, unnützlich, unerwünscht, wertlos oder nicht akzeptiert fühlen. Selbsthass, Wertlosigkeit und das Gefühl ungewollt zu sein wird empfunden. Negative Gedanken beschäftigen die jungen Menschen und sie schildern ihr Leben als zwecklos, grau und langweilig oder hoffnungslos (Midgley et al., 2015, S. 274). Betroffene machen einen verwirrten und frustrierten Eindruck, wenn sie über ihre Selbstidentität zu sprechen. Gleich wie Weitkamp et al. (2016, S. 6), stellten Shaw et al. (2009, S. 174) und Meadus (2007, S. 212) das Gefühl vom Anders-Sein oder Nicht-Normal-Sein, fest.

Zorn, Wut und Aggressivität gegen sich selbst, aber auch gegenüber anderen, wird von Betroffenen erlebt. Sie beschreiben sich als bissig, wütend oder leicht reizbar. Viele äußerten den Wunsch diese Emotionen und Gefühle unter Kontrolle haben zu wollen (Midgley et al., 2015, S. 273-274).

Junge Menschen mit einer Depression fühlen sich traurig, elend und verzweifelt. Diesen Gefühlen können zum Beispiel durch Tränen Ausdruck verliehen werden. In extremeren Fällen erlangt das Gefühl der Verzweiflung durch Selbstverletzung einen physischen Ausdruck (Midgley et al., 2015, S. 273). Auch McCann et al. (2012a, S. 337-338) konnten den Aspekt der Selbstverletzung/Selbstverletzungsgedanken und der Selbstmordgedanken feststellen. Sie beschreiben solche Aktionen und Gedanken als Konsequenzen der Niedergedrücktheit,

welche durch die Kombination von persönlichem Leid und der Wahrnehmung darüber, wie andere auf ihre Situation reagieren könnten, verursacht wird.

Weitkamp et al. (2016, S. 7) haben herausgefunden, dass der zeitliche Abstand zwischen dem Auftreten erster Symptome und dem Aufsuchen professioneller Hilfe, sehr groß ist. Die große Zeitlücke ist darauf zurückzuführen, dass das Aufsuchen von Hilfe erst dann als wichtig erscheint, wenn die Umstände richtig schlecht sind. Therapie wird als der letzte Ausweg, die letzte Möglichkeit angesehen. Bluhm, Covin, Chow, Wrath & Osuch (2014, S. 780) haben festgestellt, dass Betroffene beim ersten Auftreten von Symptomen darüber zweifelten, ob es sich bei ihren Problemen um etwas „normales“, oder doch etwas ernstzunehmendes handelt. Mehrere beschreiben, lange Zeit bevor sie Hilfe aufsuchten, bereits Probleme mit bedrückter Stimmung oder Angst gehabt zu haben. Midgely et al. (2015, S. 273) beschreiben den positiven Aspekt des Ausdrucks der Verzweiflung und Traurigkeit. Betroffene realisieren dadurch, Hilfe zu benötigen.

3.1.3 Soziales Umfeld

„Even when I'm with people, I still feel alone“ (Nicole; zitiert nach Midgley et al., 2015, S. 274). Ins Deutsche übersetzt bedeutet dieser Satz: ‚sogar wenn ich unter Menschen bin, fühle ich mich alleine‘.

Weitkamp et al. (2016, S. 5), Midgley et al. (2015, S. 274) und McCann et al. (2012a, S. 337) beschreiben als Konsequenz von dem Gefühl anders zu sein, Rückzug und Isolation aus dem sozialen Umfeld, von Familie und Freunden. Betroffene grenzen sich aus Selbstschutz, der Angst vor Stigmatisierung oder um andere nicht mit ihrer Situation zu belasten, ab (Brown et al., 2016, S. 5). Bereits Bluhm et al. (2014, S. 783) und McCann et al. (2012a, S. 337) haben die Angst vor Stigmatisierung als Ursache für Rückzug und Isolation feststellen können. Betroffene weigern sich über ihre Umstände zu sprechen und sagen zunächst Zeit und Ruhe zu brauchen, um über ihre Situation nachzudenken. Fest steht, dass der Rückzug zu Einsamkeit und Isolation beiträgt (McCann et al., 2012a, S. 337). Auch Meadus (2007, S. 213) beschreibt die Phase der Isolation und Abgrenzung als Versuch der Betroffenen mit der Situation und den Symptomen umzugehen. Die meisten der Jugendlichen, die sich traurig und einsam fühlen, ziehen es vor, alleine zu sein und sich von ihrem sozialen Umfeld abzutrennen. Shaw et al. (2009, S. 172) beschreiben auch die Sorge und Unsicherheit der Betroffenen, mit anderen sprechen zu wollen. In ihrer Studie wird aber auch der Blickwinkel erfasst, dass Betroffene das Gefühl haben, niemanden zum Sprechen oder Zuhören zu haben.

Mangel an Verständnis, schlechte Kommunikation, Kritik, Konflikte und koexistierende psychische Erkrankungen in der Familie beeinträchtigen den Umgang mit einer Depression. Durch Verleugnung der Krankheit und der Unfähigkeit von Seiten der Mitmenschen, die

Schwere des Problems zu erkennen, fällt die notwendige Unterstützung für Betroffene aus (McCann, Lubman & Clark., 2012b, S. 5).

Brown et al. haben in ihrer qualitativen Studie gezeigt, dass depressive Symptome mit sozialer Isolation und einer verringerten Beziehungsqualität assoziierbar sind (Brown et al., 2011, S. 407). Allgemein wird in der Umgebung anderer Menschen Unwohlsein erlebt. Junge Menschen mit Depressionen fühlen sich weniger zu anderen Menschen hingezogen. Umgeben von anderen Personen, empfinden depressive junge Menschen ein höheres Bedürfnis sich sozial zu distanzieren. Sind Betroffene jedoch alleine, ist das Verlangen mit anderen zusammen sein zu wollen wiederum erhöht (Brown et al., 2011, S. 405).

Werden sich Betroffene ihres Problems bewusst, kann das zur Wiederherstellung der Kontakte und Öffnung gegenüber dem sozialen Umfeld führen. Familie und Freunde werden als Unterstützung und Hilfe erkannt und wertgeschätzt (Meadus, 2007, S. 213). Bluhm et al. (2014, S. 782-783) beschreiben, dass persönliche Beziehungen für depressive junge Menschen auch als sehr wichtig empfunden werden können. Gleiches wird von McCann et al. (2012b, S. 4) beschrieben. Geduld, Toleranz, Verständnis und Ermutigung wird von Betroffenen als unterstützend im Umgang mit ihrer Krankheit erfahren. Am Wichtigsten für junge Menschen ist die Akzeptanz von Seiten der Familie und Bezugspersonen, dass sie an einer Depression leiden. Erst durch die Akzeptanz kann effektive Unterstützung erfahren werden.

Betroffene berichten aber auch, dass sie vorsichtig waren, anderen von ihren psychischen Problemen zu erzählen. Sie wollen nicht, dass sie anders gesehen werden, glauben aber, dass es dazu kommen würde, wenn andere es wüssten (Bluhm et al., 2014, S. 782-783). Der Verlust von Freundschaften durch die Krankheit wurden von Betroffenen auch als positiv erlebt, da sich herauskristallisiert, auf welche Freundschaften wirklich Verlass ist. Ein Treffen mit Freunden wird teilweise auch als Ablenkung und „Urlaub“ aus der schwierigen Situation empfunden (Brown et al., 2016, S. 5 & 9).

3.2 Erfahrungen von betroffenen jungen Menschen mit pflegerischen Begegnungen

Junge Menschen mit einer Depression empfinden eine Begegnung mit Pflegepersonal als positiv, wenn das Personal jugendfreundlich ist, sie eine breitgefächerte Versorgung empfangen und eine Genesung gefördert und erleichtert wird. Eine als positiv empfundene Begegnung mit Pflegepersonen ermöglicht, dass Betroffene sich wertgeschätzt, respektiert und unterstützt fühlen. Unter Jugendfreundlichkeit wird unter anderem eine offene und freundliche Begegnung verstanden. Für so eine Begegnung ist es wichtig ehrlich, nicht wertend und unvoreingenommen zu sein (McCann & Lubman, 2012, S. 2182).

Betroffene empfinden es als wichtig, dass das Pflegepersonal die Fähigkeiten beherrscht zu kommunizieren, sich ihnen zu nähern und ihnen als Person zu begegnen (Lindgren, Söderberg & Skär, 2015, S. 185). Ständiger Dialog ermöglicht, Probleme die sich auf die Betroffenen auswirken, zu bemerken und zu entdecken. Der Ansatz einer breitgefächerten Pflege wird von Betroffenen als wohlwollend angesehen. Hierzu zählt, als Pflegeperson zuzuhören und Betroffene zu motivieren, offen über ihre Situation zu reden (McCann & Lubman, 2012, S. 2182-2185). Auch Lindgren et al. (2015, S.184-187) beschreiben es als wesentlich, Betroffenen als einzigartige Person zu begegnen und sie zu motivieren ihren Gefühlen, Emotionen und Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen. Um so eine Motivation aufrecht zu erhalten ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung notwendig. Dadurch wird eine ermutigende Begegnung von Seiten der Betroffenen erlebt.

Die Zufriedenheit der Betroffenen wird durch die Wahrnehmung, dass die Begegnung mit dem Pflegepersonal einen wesentlichen Beitrag zur Genesung der Depression leistet, bestimmt (McCann & Lubman, 2012, 2184-2185). Betroffenen ist bewusst, dass ihr zukünftiges Leben durch die Krankheit geprägt ist. Sie wollen aktiv an ihrer Versorgung und Therapie teilnehmen. Betroffene betonen, dass sie in ihrer Betreuung Personen begegnen wollen, die mit ihnen sprechen und zusammenarbeiten. Großer Wert wird darauf gelegt, das eigene Leben selbst gestalten und bewältigen zu können (Bluhm et al., 2012, S. 781-782). Unstetigkeit in der pflegerischen Betreuung wurde von Betroffenen negativ empfunden, da es sich jedes Mal wie ein Neustart, anstatt wie ein Fortschritt anfühlte. Betroffene erzählten, wie wichtig es sei, an Entscheidungen beteiligt zu sein und miteingebunden zu werden. Einige junge Erwachsene hatten Situationen erlebt, in denen sie keine Möglichkeit hatten, Entscheidungen zu beeinflussen. Sie fühlten sich vom pflegerischen Personal nicht zur Kenntnis genommen (Lindgren et al., 2015, S. 185).

3.3 Begegnung aus der Perspektive der Pflege

Ein wesentlicher Aspekt der Begegnung in der Pflege ist es, Patienten/Patientinnen durch Liebe und Mitgefühl anzuerkennen. Begegnung kann stattfinden, wenn Patienten/Patientinnen sich gehört und verstanden fühlen. Sie findet statt, wenn die Pflege Patienten/Patientinnen dabei unterstützt, zu verstehen was sie brauchen. Hierbei ist Kommunikation und Aussprache sehr wichtig, damit sich Betroffene nicht übergangen fühlen (Hemberg & Lipponen, 2017, S. 3).

Der erste Eindruck den sich Patienten/Patientinnen machen ist ausschlaggebend für die Begegnung. Begrüßung und Informationsweitergabe bei der ersten Begegnung können positive Auswirkungen auf den weiteren Verlauf haben. Betroffene zu informieren vermittelt das Gefühl wichtig zu sein, gesehen zu werden und am richtigen Platz gelandet zu sein (Hemberg & Lipponen, 2017, S. 3-4).

Jede Begegnung ist einzigartig und soll auf einer patienten-/patientinnenorientierten Basis aufbauen. Für Begegnung in der Pflege gibt es kein vorgefertigtes Muster. Begegnung soll unvoreingenommen stattfinden. Eine Begegnung ist mit einer leeren Seite vergleichbar und sollte offen und ohne Erwartungen betrachtet werden. Nonverbale Kommunikation spielt eine wichtige Rolle in der Begegnung, weil sie sofort Anwesenheit beziehungsweise Abwesenheit in der Begegnung signalisiert. Es ist wichtig sich für die Begegnung Zeit zu nehmen, um Patienten/Patientinnen nicht gehetzt und unvorsichtig zu begegnen. Respektvoller, vertrauenswürdiger und würdevoller Umgang sind wesentliche Aspekte für eine Pflegebegegnung. Durch das Zeigen von Mitgefühl und Besorgnis, kann Vertrauen entstehen. Die Persönlichkeit der Pflegeperson ist für Vertrauen und Gemeinschaft in einer Begegnung ausschlaggebend. Durch das Schaffen von Vertrauen in die Begegnung, kann eine fürsorgliche Beziehung erreicht werden, in der sowohl die Pflegeperson, als auch der Patient/die Patientin das Gefühl haben, erfolgreich gewesen zu sein (Hemberg & Lipponen, 2017, S. 4).

Die Umgebung und der Raum sind ebenfalls wichtige Aspekte für eine fürsorgliche Begegnung mit Patienten/Patientinnen. Betroffene mit psychischen Erkrankungen sind oft vulnerabel und können müde oder frustriert sein. Dadurch kann es schwer fallen, in eine Begegnung mit der Pflegeperson einzutreten. Durch eine ruhige und friedliche Umgebung, kann ein Grundvertrauen geschaffen werden (Hemberg & Lipponen, 2017, S. 4).

4 Diskussion

Junge Menschen mit einer Depression erleben signifikante Beeinträchtigungen und Veränderungen in ihrem Leben. Emotionale und verhaltensbezogene Probleme können entstehen. Für ein professionelles Handeln in der Pflege müssen in der Begegnung mit solchen Menschen einige Aspekte beachtet werden.

Jede Begegnung zwischen Betroffenen und Pflegepersonen ist einzigartig und soll auf einer patienten-/patientinnenorientierten Basis aufbauen. Es gibt hierfür kein vorgefertigtes Muster. Es ist wichtig unvoreingenommen zu sein, sich Zeit zu nehmen und den Patienten/Patientinnen nicht gehetzt und unvorsichtig zu begegnen. Durch eine ruhige und friedliche Umgebung, kann ein Grundvertrauen geschaffen werden und Begegnung stattfinden (Hemberg & Lipponen, 2017, S. 3-4). Hemberg & Lipponen sind die einzigen Autoren, die sich bisher mit der Begegnung mit psychisch kranken Patienten/Patientinnen aus der Perspektive der Pflege befasst haben. Dies zeigt auf, wie aktuell und unerforscht dieses Thema noch ist. Der Großteil der gefundenen Literatur beschäftigt sich mit dem Erleben einer Depression aus der Perspektive der Betroffenen. Dabei sind aber die Studien von Brown et al. (2011), McCann et al. (2012a), Brown et al. (2016) und van Roekel et al. (2016) die einzigen, welche Gefühle und subjektive Selbstwahrnehmung der Betroffenen erfasst haben. Unter Beachtung der Erscheinungsjahre fällt auf, dass alle Studien aus den vergangenen sieben Jahren stammen. Daraus kann geschlossen werden, dass dieser Bereich erst in den letzten Jahren Bedeutsamkeit erlangt hat. Das Erleben des sozialen Umfelds wird in acht von dreizehn Studien thematisiert. Rückzug, Einsamkeit und Isolation der Betroffenen sind aus allen Inhalten erkenntlich (Weitkamp et al., 2016; Midgley et al., 2015; McCann et al., 2012a; McCann et al., 2012b; Bluhm et al., 2014; Shaw et al., 2009; Meadus, 2007 & Brown et al., 2011). Die Erfahrungen von Betroffenen jungen Menschen mit pflegerischen Begegnungen sind übereinstimmend von McCann & Lubman (2012), Lindgren et al. (2015) und Bluhm et al. (2012) diskutiert. Auch hier spiegelt sich die Aktualität des Themas Begegnung in der Pflege junger psychisch kranker Menschen wieder. Allgemein kommen alle Studien aus den westlichen Industriestaaten und davon neun aus dem englischsprachigen Raum. Der Vorsprung der englischsprachigen Länder in der Wissenschaft und Forschung wird hierbei deutlich. Die Studie von Weitkamp et al. (2016) ist die einzige aus dem deutschsprachigen Raum und zeigt, dass das Thema nun auch hier Relevanz erlangt hat und in Zukunft ausführlicher behandelt wird.

4.1 Limitationen

Einige Limitationen mussten für die vorliegende Arbeit getroffen werden. Es konnte ausschließliche deutsch- und englischsprachige Literatur miteinbezogen werden, da die Autorin keiner zusätzlichen Fremdsprache mächtig ist. Des Weiteren wurden nur

Publikationen aus dem Zeitraum von Jänner 2007 bis März 2018 miteingeschlossen. Die Literatur stammt ausschließlich aus den westlichen Industriestaaten, da das Thema scheinbar in anderen Ländern noch keine relevante Bedeutung erlangt hat. Vier aus zehn qualitativen Studien hatten nur eine geringe Anzahl an Stichproben, wodurch die Validität der Studien eingeschränkt ist. Eine weitere Limitation stellt die Altersbegrenzung der Betroffenen dar. Der Fokus wurde ausschließlich auf Jugendliche und junge Menschen im Alter zwischen elf und 25 Jahren gelegt. Vor allem Kinder sowie ältere und alte Menschen wurden dadurch ausgeschlossen. Da der Fokus auch auf junge Erwachsene gelegt wurde, liegt es nahe, dass die Ergebnisse auch für Erwachsene gültig sind. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Frauen während oder nach einer Schwangerschaft, da es sich dabei um eine eigene Art der Depression handelt und dies den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde.

5 Implikationen für die professionelle Pflegepraxis

Die Ergebnisse stellen einerseits die Erfahrungen, die Betroffenen mit ihrer Krankheit und in der Begegnung mit Pflegepersonen haben und andererseits die Erfahrungen die Pflegepersonen in der Begegnung mit psychisch Erkrankten gemacht haben dar. Daraus können Implikationen für ein professionelles Handeln in der Pflegepraxis abgeleitet werden.

Eine wichtige Implikation für Pflegepersonen in Zusammenarbeit mit depressiven jungen Menschen ist eine zwischenmenschliche Begegnung. Jede Begegnung ist einzigartig und soll auf einer patienten-/patientinnenorientierten Basis aufbauen. Die Angst vor Stigmatisierung ist groß, daher ist es ganz besonders wichtig, jungen depressiven Menschen ehrlich, nicht wertend und unvoreingenommen zu begegnen. Es ist von großer Wichtigkeit, der Stigmatisierung entgegenzuwirken. Begrüßung und Informationsaustausch bei der ersten Begegnung können bereits positive Auswirkungen auf den weiteren Verlauf haben. Durch eine ruhige und friedliche Umgebung, kann bereits ein Grundvertrauen geschaffen werden.

Junge Menschen mit einer Depression fühlen sich traurig, elend und verzweifelt. Negative Gedanken beschäftigen sie und sie schildern ihr Leben als zwecklos, grau und langweilig oder hoffnungslos. Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl nimmt immer mehr ab und es kommt zu Konzentrationsschwierigkeiten. Pflegepersonen sollen jugendfreundlich sein und eine breitgefächerte Versorgung bieten. Als Pflegeperson ist es besonders wichtig zuzuhören und Betroffene zu motivieren, offen über ihre Situation zu reden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist es, die Selbstermächtigung der Betroffenen zu fördern. Betroffene wollen aktiv an ihrer Versorgung und Therapie teilnehmen. Großer Wert wird darauf gelegt, das eigene Leben selbst gestalten und bewältigen zu können. Ein aktives Einbinden, Motivieren und Unterstützen in herausfordernden Tätigkeiten wird hier von der Pflege erwünscht.

6 Resümee

Wie junge Menschen mit einer Depression ihre Krankheit und Lebenssituation erleben und erfahren, konnte in dieser Arbeit beschrieben werden. Gefühle und die subjektive Selbstwahrnehmung, die Wahrnehmung der Umgang mit der Lebenssituation und das soziale Umfeld von Betroffenen wurde beschrieben und dadurch ersichtlich gemacht. Des Weiteren konnte der Aspekt der Begegnung im pflegerischen Kontext und wie diese – sowohl von Seiten der Betroffenen als auch der Pflege – erlebt wird, erforscht werden. Schlussendlich konnten daraus Implikationen für ein professionelles pflegerisches Handeln abgeleitet werden.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Forschungsfrage dieser Arbeit, wie junge Menschen mit einer Depression ihre Krankheit erleben und welche Implikationen sich für ein professionelles Handeln in der Pflege, unter besonderer Berücksichtigung des Begegnungsaspekts, ableiten lassen, mit der gefundenen wissenschaftlichen Literatur beantworten und die gesetzten Ziele erreicht werden konnten.

Im Verlauf des Arbeitsprozesses ist die Frage aufgetaucht, ob das Alter der Pflegeperson einen Einflussfaktor für die Begegnung mit depressiven jungen Menschen darstellt? Dabei wäre es interessant zu erforschen, ob es jungen, gleichaltrigen Personen schwerer oder leichter fällt, Betroffenen zu begegnen, aber auch, wie Betroffene die Begegnung mit gleichaltrigem Pflegepersonal erleben.

Die aus den Ergebnissen gewonnenen Implikationen für ein professionelles pflegerisches Handeln dienen als eine Erweiterung des Wissens- und Handelsspektrums für Pflegepersonen. Durch das Aufzeigen, wie junge Menschen eine Depression erleben, konnte Verständnis und Mitgefühl entwickelt und dadurch eine neue Ausgangsbasis für eine Begegnung mit Betroffenen geschaffen werden.

7 Literaturverzeichnis

- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung.* (3. Auflage). Bern: Huber.
- Berk, L. (2011). *Entwicklungspsychologie* (5., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bliesener, T., Dannecker, M., Dlugosch, G., Flor, D., Gestalter, H., Jäger, R., Kalb, E., Kanning, U., Lohaus, A., Mangold, R., Özdem, M., Pritzel, M., Rasch, T., Reiche, D., Reuter, S., Richter-Appelt, H., Rothenburg, C., Scharlan, I., Schmidbauer, W., Schütz, A., Sigusch, V., Spieß, E. & Wenniger, G. (2009). *Der Brockhaus Psychologie: Fühlen, Denken und Verhalten verstehen.* (2., vollständig überarbeitet Aufl.). Mannheim: F. A. Brockhaus.
- Bluhm, R., Covin, R., Chow, M., Wrath, A. & Osuch, E. (2014). "I just have to stick with it and it'll work": experiences of adolescents and young adults with mental health concerns. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 778-786. DOI: 10.1007/s10597-014-9695-x.
- Brown, L., Strauman, T., Barrantes-Vidal, N., Silvia, P. & Kwapil, T. (2011). An experience-sampling study of depressive symptoms and their social context. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 403-409. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31821cd24b.
- Bundeskanzleramt Österreich. (2017a). *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Fassung vom 10.12.2017: 1. Hauptstück: 2. Abschnitt: Berufspflichten: Allgemeine Berufspflichten.* Zugriff am 10.12.2017 unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>.
- Bundeskanzleramt Österreich. (2018a). *Kinder und Jugendliche.* Zugriff am 28.03.2018 unter <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740210.html>.
- Bundeskanzleramt Österreich. (2018b). *Landesrecht konsolidiert Vorarlberg: Gesamte Rechtsvorschrift für Kinder- und Jugendgesetz, Fassung vom 11.04.2018.* Zugriff am 11.04.2018 unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrVbg&Gesetzesnummer=20000423>.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2016). *Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht: Ergebnisbericht.* Zugriff am 17.11.2017 unter <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/9/7/CH1357/CMS1453376559886/kinderjugendgesundheitsbericht.pdf>.
- Burghardt, D., Dederich, M., Dziabel, N., Höhne, T., Lohwasser, D., Stöhr, R. & Zirfas, J. (2017). *Vulnerabilität: Pädagogische Herausforderungen.* Stuttgart: Kohlhammer.

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2017). *ICD-10-GM Version 2018: Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen*. Zugriff am 18.11.2017 unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2018/chapter-v.htm>.
- Dudenredaktion. (o.J.). *Die Depression*. Zugriff am 18.11.2017 unter <https://www.duden.de/node/652635/revisions/1616787/view>.
- Ecarius, J. (2009). *Jugend und Familie: Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Elsevier. (2018). *What is ScienceDirect*. Zugriff am 12.04.2018 unter <https://www.elsevier.com/solutions/sciencedirect>.
- Gattringer, M. (2010). Pflege ist Begegnung: Das Kongruenzmodell oder die Kongruente Beziehungspflege. *Pro Care, 05, 10-14*. DOI: 10.1007/s00735-010-0302-2.
- Hemberg, J. & Lipponen, S. (2017). The caring encounter between patient and nurse within a mental health and psychiatric care context – as described by nurses working in an emergency polyclinic. *Nursing and Palliative Care, 2(2), 1-7*. DOI: 10.15761/NPC.1000147.
- Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K. & Remschmidt, H. (2013). Growing up is hard: mental disorders in adolescence. *Deutsches Ärzteblatt, 110(25), 432-440*. DOI:10.3238/arztebl.2013.0432.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U. & Maus, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, 57, 807-819*. DOI:10.1007/s00103-014-1979-3.
- Holopainen, G., Nyström, L. & Kasén, A. (2017). The caring encounter in nursing. *Nursing ethics, 1-10*. DOI: 10.1177/0969733016687161.
- International Council of Nurses (2017). *Definition of Nursing*. Zugriff am 11.04.2018 unter <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>.
- Jaycox, L., Stein, B., Paddock, S., Miles, J., Chandra, A., Meredith, L., Tanielian, T., Hickey, S. & Burnam, M. (2009). Impact of teen depression on academic, social and physical functioning. *Pediatrics, 124(4), 596-605*. DOI: 10.1542/peds.2008-3348.
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe (2., überarb. Aufl.)*. Wien: Falcultas.

- Koch, G., Kussmaul, C. & Naussed, W.-R. (2006). Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Gaßmann, M., Marschall, W. & Utschakowskit, J. (Hrsg.). (2006). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care* (S. 337-354). Heidelberg: Springer.
- Längel, A. (2013). *Lehrbuch zur Existenzanalyse: Grundlagen*. Wien: Facultas.
- Längle, A. (2016). *Existenzanalyse: Existentielle Zugänge der Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Leven, I. & Utzmann, H. (2015). Jugend im Aufbruch – vieles soll stabil bleiben. In Shell Deutschland Holding (Hrsg.). (2015). *Jugend 2015: Eine pragmatische Generation im Aufbruch* (S. 273-374). Hamburg: Fischer.
- Liebsch, K. (2012a). Lebensplanung und Zukunftsorientierung: Optionen auf das Erwachsenen-Leben. In Liebsch, K. (Hrsg.). (2012). *Jugendsoziologie: Über Adoleszenz, Teenager und neue Generationen* (S. 209-234). München: Oldenbourg.
- Liebsch, K. (2012b). Jugend ist nur ein Wort: Soziologie einer Lebensphase und einer sozialen Gruppe. In Liebsch, K. (Hrsg.). (2012). *Jugendsoziologie: Über Adoleszenz, Teenager und neue Generationen* (S. 11-32). München: Oldenbourg.
- Lindgren, E., Söderberg, S. & Skär, L. (2015). Swedish Young Adults' Experiences of Psychiatric Care during Transition to Adulthood. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 182-189. DOI: 10.3109/01612840.2014.961624.
- LIVIVO. (2018). Über LIVIVO. Zugriff am 12.04.2018 unter <https://www.livivo.de/app/misc/help/about>.
- Longerich, B. (2010). Die heutige Jugend: Zwischen Lebenslust und Verletzlichkeit. *Krankenpflege*, 103(4), 10-12.
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium*. (4., vollständig überarbt. Aufl.). Wien: Facultas.
- McCann, T. & Lubman, D. (2012). Young people with depression and their satisfaction with the quality of care they receive from a primary care youth mental health service: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2179-2187. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04086.x.
- McCann, T., Lubman, D. & Clark, E. (2012a). The experience of young people with depression: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 334-340. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01783.x.
- McCann, T., Lubman, D. & Clark, E. (2012b). Views of young people with depression about family and significant other support: Interpretative phenomenological analysis study.

- International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 453-461. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2012.00812.x.
- Meadus, R. (2007). Adolescents coping with mood disorder: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 209-217. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01067.x.
- Mehler-Wex, C. (2008). *Depressive Störungen*. Heidelberg: Springer.
- Midgley, N., Parkinson, S., Holmes, J., Stapley, E., Eatough, V. & Target, M. (2015). Beyond a diagnosis: The experience of depression among clinically-referred adolescents. *Journal of Adolescence*, 44, 269-279. DOI: 10.1016/j.adolescence.2015.08.007.
- Panfil, E.-M. & Ivanovic, N. (2011). Methodenpapier FIT-Nursing Care – Version 1.0 Stand Juni 2011. FIT-Nursing Care. Zugriff am 13.04.2018 unter https://www.fit-care.ch/documents/8165518/0/110615_Methodenpapier_FIT%2BNC_Juni.pdf/a6d68f1c-55c9-4d09-982f-b40a374c0b2c.
- Remschmidt, H. (2013). Mental health and psychological illness in adolescence. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(25), 423-424. DOI:10.3238/arztebl.2013.0423.
- Rossmann, P. (1996). *Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters*. Bern: Hans Huber.
- Schädle-Deininger, H. (2006). *Fachpflege Psychiatrie*. München: Urban & Fischer.
- Shaw, S., Dallos, R. & Shoebridge, P. (2009). Depression in Female Adolescents: An IPA Analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 167-181. DOI: 10.1177/1359104508100882.
- Statistik Austria (2017). Bevölkerung am 1.1.2017 nach Alter und Bundesland - Insgesamt. Zugriff am 05.12.2017 unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/023470.html.
- Taylor & Francis Groupe. (2018). *About Taylor & Francis Group*. Zugriff am 12.04.2018 unter <http://taylorandfrancis.com/about/>.
- Tücke, M. (2003). *Grundlagen der Psychologie für (zukünftige) Lehrer*. Münster: LIT.
- van Roekel, E., Bennis, E., Bastiaansen, J., Verhagen, M., Ormel, J., Engels, R. & Oldehinkel, A. (2016). Depressive Symptoms and the Experience of Pleasure in Daily Life: An Exploration of Associations in Early and Late Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(5), 999-1009. DOI: 10.1007/s10802-015-0090-z.

- Veit, A. (2004). *Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege*. Bern: Hans Huber.
- Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., Treasure, J. & Karwautz, A. (2017). Mental health problems in Austria adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1483-1499. DOI:10.1007/s00787-017-0999-6.
- Weitkamp, K., Klein, E. & Midgley, N. (2016). The Experience of Depression: A Qualitative Study of Adolescents With Depression Entering Psychotherapy. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1-12. DOI: 10.1177/2333393616649548.
- Weltgesundheitsorganisation. (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Zugriff am 18.03.2018 unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf?ua=1.
- Wied, S. & Warmbrunn A. (Hrsg.). (2012). *Pschyrembel: Pflege* (3., überarb. Aufl.). Berlin/Boston: Walter de Gruyter.
- World Health Organization. (2018). *Depression: Fact Sheet*. Zugriff am 11.04.2018 unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

8 Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Verwendete Suchbegriffe..... | 11 |
| Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien..... | 12 |
| Tabelle 3: Suchprotokoll..... | 15 |
| Tabelle 4: Überblick über die wissenschaftlichen Literatur..... | 20 |
| Tabelle 5: Einschätzung von qualitativen Studien anhand eines Ampelschemas | 33 |
| Tabelle 6: Einschätzung von quantitativen Studien anhand eines Ampelschemas | 34 |

9 Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Flussdiagramm der Studienselektion | 19 |
| Abbildung 2: Graphische Darstellung der Ergebnisse nach Kategorie..... | 35 |
| Abbildung 3: Graphische Darstellung der Ergebnisse nach Forschungsansatz | 36 |
| Abbildung 4: Graphische Darstellung der Ergebnisse nach Forschungsland..... | 36 |
| Abbildung 5: Graphische Darstellung der Ergebnisse nach Erscheinungsjahr..... | 37 |

10 Anhang

| | | |
|------------|---|----|
| Anhang 1: | Beurteilungshilfe – Kritische Beurteilung von Qualitativen Studien | 1 |
| Anhang 2: | Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Bluhm et al. | 2 |
| Anhang 3: | Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: McCann & Lubman..... | 3 |
| Anhang 4: | Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Lindgren et al. | 4 |
| Anhang 5: | Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: McCann et al. (2012a)..... | 5 |
| Anhang 6: | Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: McCann et al. (2012b)..... | 6 |
| Anhang 7: | Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Meadus | 7 |
| Anhang 8: | Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Midgley et al. | 8 |
| Anhang 9: | Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Shaw et al. | 9 |
| Anhang 10: | Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Weitkamp et al. | 10 |
| Anhang 11: | Eidesstattliche Erklärung..... | 12 |

Anhang 1: Beurteilungshilfe – Kritische Beurteilung von Qualitativen Studien

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

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

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Anhang 2: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Bluhm et al.

Quelle: Bluhm et al. (2014). "I just have to stick with it and it'll work": experiences of adolescents and young adults with mental health concerns.

Forschungsfrage: Erfahrungen die ältere Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Problemen haben, besser zu verstehen.

| Glaubwürdigkeit | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Nein, es wurden lediglich die Ziele klar definiert und explizit beschrieben. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Phänomenologie, Erfahrung und Erleben wurden erfragt. |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Ja, vor Studienbeginn und nach der Analyse der Daten um Ähnlichkeiten oder Unterschiede aufzuzeigen. |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? Ja. Rekrutierung erfolgte über: Flyerverteilung in diversen Institutionen und die Website mindyourmind.ca (für und von Jugendliche mit psychischen Problemen). Bei den Befragten war eine psychischen Erkrankung oder psychische Probleme bekannt. |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? Teilnehmer ja. Umfeld nein. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? Ja. Interviewart, -länge, -durchführung und -auswertung. |
| 7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Transkription und Kodierung. |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? Ja. |
| Aussagekraft | |
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Ja. In Unterkapitel unterteilt und Zitate miteinbezogen. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Ja. Mit anderen Ergebnissen verglichen. |

Anhang 3: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: McCann & Lubman

Quelle: McCann & Lubman. (2012). Young people with depression and their satisfaction with the quality of care they receive from a primary care youth mental health service: a qualitative study.

Forschungsfrage: Wie zufrieden sind Jugendliche mit Depressionen mit der Qualität der Versorgung, die sie von Klinikern eines Primary Care Services für junge Menschen mit psychischen Problemen erhalten?

| Glaubwürdigkeit | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Nein, es wurden lediglich die Ziele klar definiert und explizit beschrieben. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Interpretative phänomenologische Analyse (IPA), da es um Erfahrungen und Wahrnehmungen von Betroffenen handelt |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Ja, zu Studienbeginn um einen aktuellen Forschungsstand zu erhalten. |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? Ja, Bedingungen und Kriterien für Teilnehmer/ Teilnehmerinnen sind beschrieben und begründet. |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? Ja. Relevante Informationen (Alter und Diagnose) sind gegeben. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? Ja. Individuelle semi-strukturierte Interviews, mit einer Dauer von 30-60 Minuten wurden durchgeführt und auf Tonband aufgenommen. |
| 7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Wortwörtlich transkribiert, mehrmals durchgelesen und kodiert. Die Codes wurden zu Themen gruppiert. |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? Ja, es gab 27 Teilnehmer/Teilnehmerinnen. |

| Aussagekraft | |
|---|--|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Ja. Ergebnisse wurden nach den unterschiedlichen Kategorien dargestellt, Zitate wurden miteinbezogen |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Ja. |

Anhang 4: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Lindgren et al.

Quelle: Lindgren, Söderberg & Skär. (2015). Swedish Young Adults' Experiences of Psychiatric Care during Transition to Adulthood.

Forschungsfrage: Welche Erfahrungen junge Erwachsene im Übergang zum Erwachsensein in der psychiatrischen Pflege machen?

| Glaubwürdigkeit | |
|--|---|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Ziel der Untersuchung wurde definiert und das Thema in seinem Umfeld diskutiert. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Grounded Theory, ohne Begründung. |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Ja. Vor Beginn, während der Daten Erhebung und Analyse und für die Diskussion. |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? Ja. Einschlusskriterien wurden erstellt und den gegebenen Umständen entsprechend bestmöglich eingehalten. |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? Teilweise. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? Ja. Individuelle Interviews; Fragen im Text angegeben. |
| 7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Wortwörtliches Transkribieren. Anschließend wurden Kodierung, Sub-kategorien und Kernkategorien festgelegt. |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? Es gab 11 Teilnehmer/Teilnehmerinnen, es gab Schwierigkeiten genügend passende Teilnehmer/Teilnehmerinnen zu finden. |
| Aussagekraft | |
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Ja. Ergebnisse wurden nach den unterschiedlichen Kategorien dargestellt, Zitate wurden miteinbezogen. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Ja. |

Anhang 5: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: McCann et al. (2012a)

Quelle: McCann et al. (2012a). The experience of young people with depression: a qualitative study.

Forschungsfrage: Welche Erfahrungen haben Jugendlichen, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde?

| Glaubwürdigkeit | |
|--|---|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Ziel der Untersuchung wurde definiert und das Thema in seinem Umfeld diskutiert. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Phänomenologie, da untersucht wird, wie Individuen ihr Leben wahrnehmen und empfinden. |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Sowohl für die Einleitung, als auch für die Diskussion wurde recherchiert. |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? Ja. Einschlusskriterien wurden erstellt und eingehalten. |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? Ja. Geschlecht, Beziehungsstatus, Lebenssituation, Höchster Abschluss, Geburtsland, Muttersprache, Alter und Diagnose wurden tabellarisch angegeben. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? Semi-strukturierte Interviews wurden geführt und auf Tonband aufgenommen. |
| 7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Transkription, Kodierung, Themengruppierung |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? Ja, es gab 26 Teilnehmer/Teilnehmerinnen |
| Aussagekraft | |
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Ja, übersichtlich nach Themengruppen dargestellt. Zitate miteinbezogen. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Ergebnisse wurden diskutiert und Limitationen angegeben. |

Anhang 6: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: McCann et al. (2012b)

Quelle: McCann et al. (2012b). Views of young people with depression about family and significant other support: Interpretative phenomenological analysis study.

Forschungsfrage: Wie sehen Jugendliche mit einer Depression, die Rolle der Familie und anderer wichtiger Personen, bei der Bewältigung ihrer Krankheit?

| Glaubwürdigkeit | |
|--|---|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Ziel der Untersuchung wurde definiert und das Thema in seinem Umfeld diskutiert. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Interpretative phänomenologische Analyse (IPA), da wichtige Lebenserfahrung erforscht werden wurden. |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Sowohl für die Einleitung, als auch für die Diskussion wurde recherchiert. |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? Ja. Rekrutierung über Headspace (Eine Erstversorgungseinrichtung um Jugendlichen und deren Angehörigen Unterstützung und Information im Bereich der psychischen Gesundheit zu bieten) |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? Ja. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? Ja. Tiefgründige, semi-strukturierte Interviews wurden geführt und auf Tonband aufgenommen. |
| 7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Transkription, Kodierung, Themengruppierung |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? Ja. Es gab 26 Teilnehmer/Teilnehmerinnen. |
| Aussagekraft | |
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Ja, übersichtlich nach Themengruppen dargestellt. Zitate miteinbezogen. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Ergebnisse wurden diskutiert und Limitationen angegeben. |

Anhang 7: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Meadus

Quelle: Meadus. (2007). Adolescents coping with mood disorder: a grounded theory study..

Forschungsfrage: Untersuchung der Bewältigungsstrategien von Jugendlichen mit einer affektiven Störung.

| Glaubwürdigkeit | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Ziel der Untersuchung wurde definiert und das Thema in seinem Umfeld diskutiert. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Grounded Theory |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Zu Beginn, für die Einleitung. |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? Ja. Einschlusskriterien wurden erstellt und eingehalten |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? Teilweise. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? Ja. unstrukturierte Interviews wurden geführt und auf Tonband aufgenommen. |
| 7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Transkription, Kodierung, Kernkategorie |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? Nein. Es gab nur 9 Teilnehmer/Teilnehmerinnen; Ungleichgewicht bei den Geschlechtern (1 männlich, 8 weiblich) |
| Aussagekraft | |
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Ja, übersichtlich nach Phasen dargestellt. Zitate miteinbezogen. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Ergebnisse wurden diskutiert und Limitationen und Implikationen für die Pflege angegeben. |

Anhang 8: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Midgley et al.

Quelle: Midgley et al. (2015). Beyond a diagnosis: The experience of depression among clinically-referred adolescents.

Forschungsfrage: Wie erleben und erfahren betroffene Jugendliche eine Depression?

| Glaubwürdigkeit | |
|--|---|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Ziel der Studie wurde formuliert und das Thema in seinem Umfeld diskutiert. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Nicht explizit angegeben, da aber Erleben erforscht wird – phänomänologisch. |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Umfangreiche Recherche vor, während und nach der Durchführung hat stattgefunden. |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? Ja. |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? Ja. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? Ja. |
| 7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Framework Analyse. |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? Ja, 77 Interviews wurden durchgeführt. |
| Aussagekraft | |
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Ja. Zitate miteinbezogen. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Ergebnisse wurden diskutiert und Limitationen angegeben. |

Anhang 9: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Shaw et al.

Quelle: Shaw et al. (2009). Depression in Female Adolescents: An IPA Analysis.

Forschungsfrage: Wie erleben weibliche Jugendliche ihre Depression?

| Glaubwürdigkeit | |
|---|---|
| 11. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Ziel der Studie wurde formuliert und das Thema in seinem Umfeld diskutiert. |
| 12. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Explorativ phänomenologisch, da das Erleben erforscht wurde. |
| 13. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Umfangreiche Recherche für Einleitung und Diskussion hat stattgefunden. |
| 14. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? Ja. Rekrutieren erfolgte über ein Team des einer Institution für Psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche. |
| 15. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? Ja. |
| 16. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? Ja. Semi-strukturierte Interviews wurden durchgeführt. |
| 17. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Interpretative phänomenologische Analyse (IPA). |
| 18. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? Nein, es gab nur 6 Teilnehmerinnen. |
| Aussagekraft | |
| 19. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Ja. Strukturiert und Zitate miteinbezogen. |
| 20. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Ergebnisse wurden ausführlich diskutiert. |

Anhang 10: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Weitkamp et al.

Quelle: Weitkamp et al. (2016). The Experience of Depression: A Qualitative Study of Adolescents With Depression Entering Psychotherapy.

Forschungsfrage: Welche Erfahrung machen Jugendliche mit einer Depressionen und wie schaut der Weg in die Therapie aus?

| Glaubwürdigkeit | |
|--|---|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Die Ziele wurden klar formuliert und im Umfeld diskutiert. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welche Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Wurde nicht explizit angegeben. |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Umfangreiche Recherche für Einleitung und Diskussion hat stattgefunden. |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? Ja. Einschlusskriterien wurden erstellt und eingehalten. Rekrutierung erfolgte in Zusammenarbeit mit Institutionen des psychiatrischen Sektors. |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? Ja. Alter, Diagnose und ein bisschen aus dem privaten Umfeld wurde beschrieben. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? Ja. Semi-strukturierte Interviews. Beispielfragen wurden angegeben. |
| 7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Interpretative phänomenologische Analyse (IPA). |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? Nein, es gab nur 6 Teilnehmer/Teilnehmerinnen. |
| Aussagekraft | |
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Ja. Strukturiert dargestellt, nach Themen geordnet und Zitate miteinbezogen. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Ergebnisse wurden mit andere Quellen diskutiert, Limitationen und Implikationen für die Praxis angegeben. |

Anhang 11: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Hemberg et al.

Quelle: Hemberg et al. (2017). The caring encounter between patient and nurse within a mental health and psychiatric care context – as described by nurses working in an emergency polyclinic.

Forschungsfrage: Was ist eine pflegerische Begegnung mit Patienten/Patientinnen mit psychischen Erkrankungen, was passiert in der Begegnung und was sind die Hürden und Herausforderungen?

| Glaubwürdigkeit | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert? Forschungsfrage und Ziele wurden formuliert. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie Hermeneutisch |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung? Umfangreiche Recherche für Einleitung und Diskussion hat stattgefunden |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | Wie erfolgt die Auswahl? Ja. Kriterien wurden festgelegt und eingehalten. |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld ausreichend beschrieben? | Auch die Perspektive des Forschers? Ja. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | Methode der Datensammlung? Interviews mit einer Dauer von 30-60 Minuten. |
| 7. Wie erfolgt die Analyse der Daten? | Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik Verstehende Hermeneutik. |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | Wenn nein: warum nicht? Nein, es gab nur 5 Teilnehmer/Teilnehmerinnen |
| Aussagekraft | |
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | Prozess von der Datensammlung hin zu Entwicklung von Themen transparent? Zitate? Ja. Strukturiert und Zitate miteinbezogen. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer? Ergebnisse wurden ausführlich diskutiert und Limitationen angegeben. |