

Wie stärken wir uns?

**Evidenzbasierte Interventionen zur Förderung der Resilienz von
Pflegefachpersonen im Akutspital**

Zweifel Rahel
S16543027

Departement: Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF 16 Dipl. Pflege
Eingereicht am: 12.04.2018
Begleitende Lehrperson: Ruhmann Doris

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1 Einleitung	5
1.1 Fragestellung und Zielsetzung	7
2 Theoretischer Hintergrund	8
2.1 Das Salutogenese Modell	9
2.2 Gesundheitsförderung.....	12
2.3 Psychosoziale Belastungen	12
2.4 Das Resilienz Modell.....	12
2.5 Stand der Resilienz Forschung	16
3 Methode	17
3.1 Durchführung der Literaturrecherche	17
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	18
3.3 Selektionsprozess	19
3.4 Synthese	20
4 Ergebnisse	21
4.1 Übersicht der Studien.....	22
4.2 Übersicht der Inhalte der Interventionen	24
4.3 Interventionen auf persönlicher, individueller Ebene	26
4.4 Interventionen auf sozialer Ebene	29
4.5 Ergänzende Literatur.....	30
5 Diskussion	32
5.1 Kritische Würdigung	32
5.2 Vergleich der Interventionen	34
5.3 Verknüpfungen der Interventionen mit den Modellen	36
5.4 Theorie-Praxis-Transfer	37
5.5 Beantwortung der Fragestellung	39
Rahel Zweifel	2

6 Schlussfolgerungen	41
6.1 Empfehlungen für die Pflegenden	41
6.2 Empfehlungen für die Pflegeforschung	42
7 Limitationen der Bachelorarbeit	43
Literaturverzeichnis.....	44
Abbildungsverzeichnis.....	48
Tabellenverzeichnis.....	48
Anzahl Wörter	48
Danksagung	49
Anhang	50
1. Glossar.....	50
2. Zeitmanagement	51
3. Ressourcen	52
4. Differenzierung der Berufsbezeichnungen	52
5. Übersicht Suchverlauf	53
6. Expertinnen Meinung	56
7. Zusammenfassung der Studien	58
8. Kritische Würdigung, Gütekriterien und Evidenzlevel.....	69
9. Empfehlungen für Pflegende – Anleitung.....	79

Abstract

Darstellung des Themas

Zwischen 2011 und 2013 sind in der Schweiz 49.5 Prozent der Pflegefachpersonen aus dem Beruf ausgetreten. Gleichzeitig decken lediglich 56 Prozent der aktuellen Berufsabschlüsse den geschätzten Bedarf an Pflegenden bis 2025. Aus diesen Gründen besteht ein massiver Fachkräftemangel. Die Leistungsverdichtung der Arbeit bewirkt einen zusätzlichen Druck auf die Pflegenden. Deshalb steigen Gesundheitsrisiken wie die Wahrscheinlichkeit eines Burnouts um 23 Prozent, wenn eine Pflegeperson eine Patientin oder einen Patienten mehr pro Schicht zu betreuen hat. Dabei erhöht sich die Mortalität des Patienten um 7 Prozent. Es ist zu vermuten, dass Pflegende aus Selbstschutz den Beruf wechseln. Wenn es ihnen stattdessen gelingt ihre Resilienz zu stärken, bleiben sie vermutlich länger im erfüllenden Pflegeberuf.

Ziel

Die Identifikation von evidenzbasierten Interventionen zur Stärkung der Resilienz von Pflegenden.

Methode

Anhand einer systematisierten Literaturrecherche wurden Ergebnisse generiert, analysiert und diskutiert. Daraus wurden Empfehlungen für die pflegerische Praxis und die Forschung abgeleitet.

Ergebnisse

Multidimensionale Interventionen zur Förderung der Resilienz von Pflegenden wurden identifiziert: expressives Schreiben, Achtsamkeit, selbstbezogene Kognitionen und Reflexion.

Schlussfolgerungen

Ein Resilienz Training ist keine Lösung für den Fachkräftemangel in der Pflege. Der Forschungsbedarf bezüglich der Interventionen für Pflegende ist immens.

Keywords

resilience, intervention, for nurses, hospital, acute care, workbased intervention

1 Einleitung

Laut dem Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) äusserten Arbeitnehmende in der Schweiz, sich häufig oder sehr häufig gestresst zu fühlen. In der gleichen Studie wird von einer Zunahme von 30 Prozent berichtet, verglichen mit Ergebnissen von vor zehn Jahren. Die Ursachen sind die psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz, wie zum Beispiel (z.B.) Stress, Burnout, Mobbing, Belästigungen und Überwachungen. Dies sind Aspekte der Arbeitsaufgaben, -organisation und soziale Bedingungen, welche die Gesundheit der Arbeitnehmenden schädigen. Die stärksten Belastungen am Arbeitsplatz sind hohes Arbeitstempo, Termindruck und Unterbrechungen im Arbeitsprozess. Lang andauernde, psychische Belastungen können sich als körperliche und/oder psychische Beschwerden äussern. Dies zeigt sich bei den Arbeitnehmenden als fehlende Motivation, Unzufriedenheit mit der Arbeit oder Leistungsverminderung. Daraus entwickeln sich Depressionen, Angsterkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Alkoholkonsum und Krankheitskosten. Solche Folgen verursachen volkswirtschaftliche Kosten von jährlich mehreren Milliarden Schweizer Franken (SECO, 2014).

Welche Bedeutung haben diese Fakten für den Pflegeberuf?

Das schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) erhob zwischen 2011 und 2013 Daten über die Berufstätigkeit beim Gesundheitspersonal. Bei einer Stichprobe von 2'388 Pflegefachpersonen sind 45.9 Prozent an Berufsaustritten verzeichnet worden. Davon liegt der Anteil der unter 35-jährigen bei 32 Prozent, Personen, die 50-jährig und älter sind, traten sogar zu 56 Prozent aus dem Pflegeberuf aus (Lobsiger, Kägi & Burla, 2016). Hierbei handelt es sich um dramatische Zahlen, welche nach einer Erklärung verlangen. Diese lieferte das Obsan 2014 mit einer weiteren repräsentativen Studie, in der die Zufriedenheit der 15'301 teilnehmenden Pflegefachpersonen gemessen wurde. 70 Prozent gaben an, eine geringe Zufriedenheit bezüglich ihrer eigenen Gesundheit zu verspüren. Die Unzufriedenheit bezüglich der hohen Arbeitsbelastung lag bei 60 Prozent und 28 Prozent litten unter Erschöpfungsgefühlen. Hauptprobleme sind dabei unter anderem die Beeinträchtigung des Privat- und Familienlebens durch die Arbeit, der geringe Lohn und fehlende Entwicklungsmöglichkeiten im Betrieb. Addor, Schwendimann, Gauthier, Jäckel und Paignon (2016) empfehlen, besondere Aufmerksamkeit auf das Empfinden von Erschöpfungsgefühlen zu legen. Sie fordern, dass die Gesundheitsförderung der Pflegefachpersonen angestrebt wird (ebd).

Ein Umdenken ist nötig in Anbetracht der um 7 Prozent steigenden Mortalität für Patientinnen und Patienten, bei lediglich einer zusätzlich zu betreuenden Person pro Schicht. Gleichzeitig steigen dabei die Gesundheitsrisiken für Pflegende um 23 Prozent (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002). Laut Bruland und Schulz (2010, zitiert nach Büssing & Glaser, 2003) ist die Prävalenz von psychosomatischen Erkrankungen sowie psychischen Beeinträchtigungen wie geringer Selbstwert, Erschöpfungszustände und verminderte Leistungsfähigkeit bei den Pflegefachpersonen häufig anzutreffen. Diese Probleme sind im Arbeitsalltag anhand der Krankheitsausfälle von durchschnittlich 17.5 Tagen pro Jahr direkt ersichtlich (Köller, 2015).

Der Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden des Personals und der Qualität der Patientenbetreuung fordert eine Optimierung der Arbeitsbedingungen (Richner & Heckemann, 2014). Denn die Anzahl der Abschlüsse in Pflege und Betreuung decken lediglich 56 Prozent des prognostizierten Bedarfs bis ins Jahr 2025. Davon ist die Tertiärstufe stark betroffen, wobei aktuell nur 43 Prozent des Bedarfs gedeckt wird (Hahn, 2017). Dies lässt sich auf das Bevölkerungswachstum und die demografische Alterung zurückführen (Merçay & Grünig, 2016).

Die Pflegenden müssen sich behaupten und Selbstvertrauen entwickeln, um den Weg aus dem Strom von Feindseligkeiten und negativer Stimmung am Arbeitsplatz zu finden (McAllister & Lowe, 2013). Eine gestärkte Resilienz könnte dazu führen, dass die Pflegenden ihren Beruf weiterhin ausführen, ihre Position stärker vertreten und gegenüber psychosozialen Arbeitsbelastungen widerstandsfähiger werden. Dabei ist es wichtig, stressauslösende Situationen wahrzunehmen, zu analysieren und zu reduzieren. Eine solche potenzielle Verbesserung fordert eine grundlegende Optimierung der Arbeitsbedingungen auf politischer und institutioneller Ebene (Richner et al., 2014).

Auf Grund des Pflegenotstands, der dramatischen Zahlen von Berufsaustritten und -wechsel von Pflegenden, ist die Förderung der Resilienz im Kontext der Gesundheitsförderung ein hoch relevantes Thema für den Pflegeberuf.

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Auf Grund der aufgezeigten Problemfelder leitet sich folgende Fragestellung mit entsprechendem Ziel ab.

«Was sagt die Literatur zu evidenzbasierten Interventionen, welche die Resilienz von Pflegefachpersonen im Umgang mit psychosozialen Belastungen im Akutspital fördern?»

Das Ziel dieser systematisierten Literaturrecherche ist es, evidenzbasierte Interventionen zu identifizieren. Diese stellen die Grundlage dar zur Ableitung von Handlungsoptionen für Pflegende.

Eingrenzungen der Fragestellung

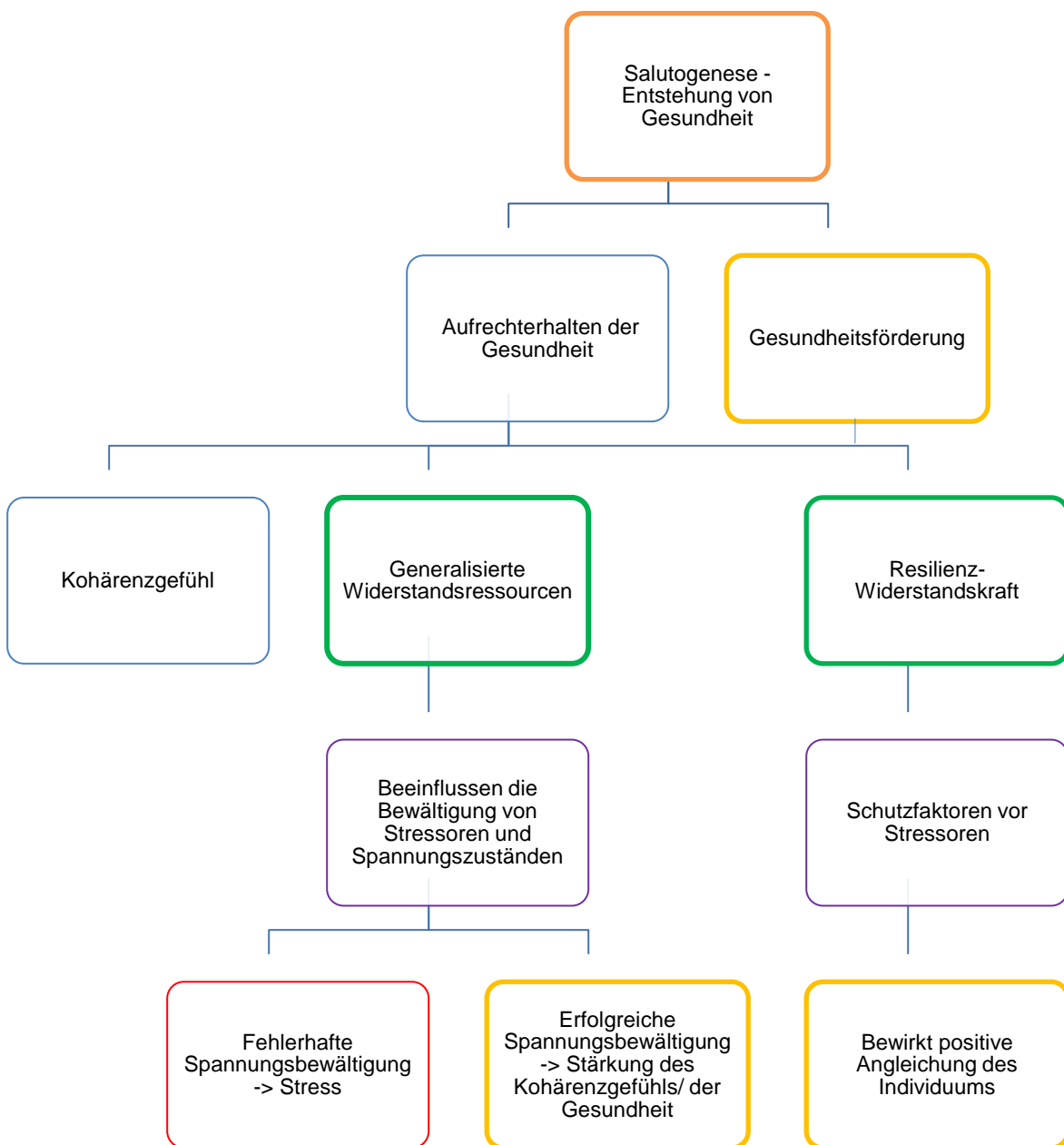
Die Fragestellung wird unter Einbezug der Modelle Salutogenese und Resilienz im Rahmen der Gesundheitsförderung bearbeitet. Es werden Interventionen einbezogen, welche die Resilienz von Pflegefachpersonen im Akutspital fördern. Das Thema ist interdisziplinär in den Gesundheitsberufen übergreifend und hat in allen pflegerischen Bereichen eine hohe Relevanz. Diese Arbeit wird sich auf den stationären und intensivpflegerischen Teil beschränken, da andere eine zu geringe Evidenzlage aufweisen. Unter dem Begriff «Pflegefachpersonen» werden Personen eingeschlossen, welche eine entsprechende pflegerische Ausbildung auf Sekundarstufe II, sowie der Tertiärstufen A und/oder B verfügen und in einem Akutspital arbeitstätig sind.

2 Theoretischer Hintergrund

Nachfolgend wird die für die Bearbeitung der Fragestellung grundlegende Theorie von Salutogenese, Gesundheitsförderung und Resilienz dargestellt.

Abbildung 1 erlaubt eine Übersicht der drei Komponenten. Von der Salutogenese lassen sich die Gesundheitsförderung und die Resilienz ableiten. Durch die Schutzfaktoren vor Stressoren kann sich das Individuum positiv an den Stressor angleichen.

Abbildung 1: Salutogenese, Gesundheitsförderung und Resilienz



Eigene Darstellung

2.1 Das Salutogenese Modell

Salutogenese bedeutet «Entstehung von Gesundheit» und wird als dynamischen Prozess angesehen. Es werden Bedingungen an die Gesundheit und deren Förderung gestellt (Büssers, 2009). Das Modell von Aaron Antonovsky (1979) geht davon aus, dass sich Gesundheit und Krankheit nicht voneinander trennen lassen. Er stellt dies anhand des «Gesundheits-Krankheits-Kontinuum[s]» dar. Der Mensch wird dabei als ganzheitlich angesehen, um ein vertieftes Verständnis für dessen Gesundheits- und Krankheitsempfinden zu erhalten. Somit können Ressourcen erkannt und gefördert werden. Das Modell geht davon aus, dass die Menschen von pathogenen und salutogenen Stressoren umgeben sind. Dies stellt ein grundsätzliches Ungleichgewicht dar. Der Organismus versucht, sich dabei aktiv zu adaptieren. Es stellt sich die Frage nach Gründen und Vorgehensweisen von Menschen, die trotz Belastung ihre Gesundheit aufrechterhalten, Risiken minimieren und Ressourcen entwickeln (ebd).

Stressor

Bengel et al. (2012, zit. nach Antonovsky, 1979) sehen Stressoren nicht als generell pathogen, sondern als den Auslöser für einen Spannungszustand der physiologisch herbeigeführt wird. Wenn die Bewältigung der Spannung gelingt, hat dies eine gesundheitserhaltende und –fördernde Auswirkung. Gelingt dies dem Organismus nicht, entsteht Stress, welcher mit vorhandenen Risikofaktoren eine schädigende Wirkung hat.

Generelle Widerstandsressourcen

Büssers (2009, zit. nach Höfer, 2000) beschreibt den Begriff «allgemeine Widerstandsressourcen» als die Fähigkeit eines Individuums, mit vorhandenen Spannungen und Belastungen entsprechend umzugehen, sodass ein eigener Nutzen resultiert und zur Entwicklung des Individuums beiträgt. Es wird zwischen Internen und Externen Ressourcen unterschieden, wobei sich die Internen auf Empfindungen und körperliche Gegebenheiten beschränken. Die Externen beziehen sich auf materielle Möglichkeiten, sozialen Status und Unterstützung (Renneberg & Hammelstein, 2006).

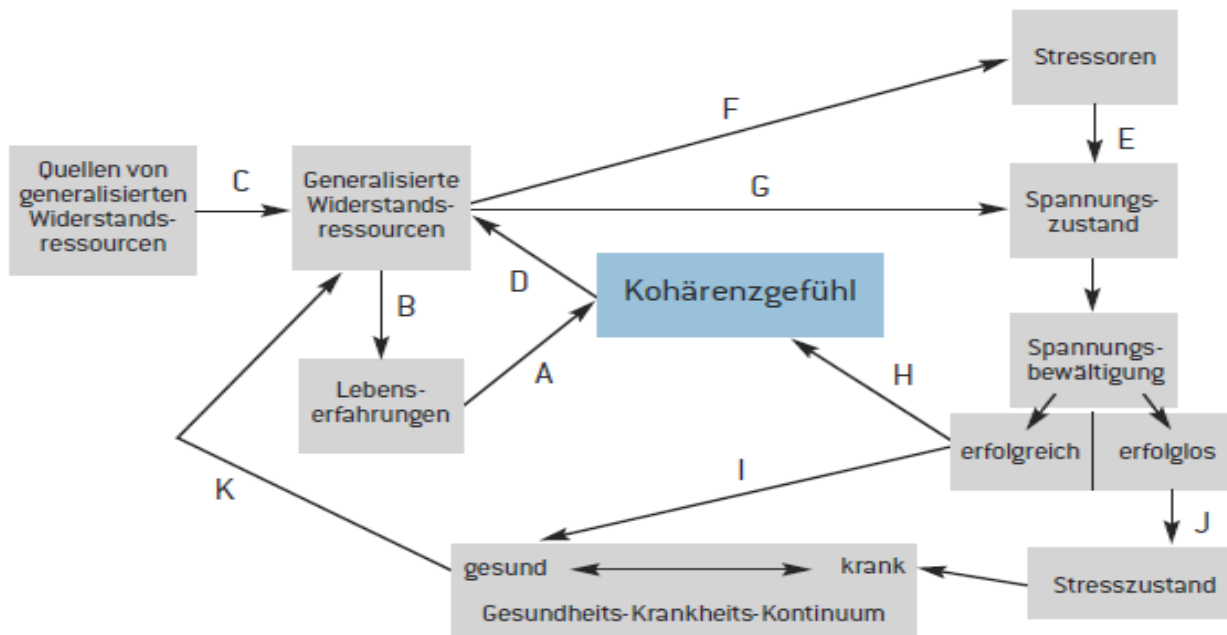
Kohärenzgefühl

Von den Widerstandsressourcen wird das «Kohärenzgefühl» abgeleitet (Antonovsky, 1979). Dieses beschreibt das grundlegende Vertrauen in die Welt als eine Lebenseinstellung (Reimann, 2006). Nach Antonovsky setzt es sich aus drei Teilen zusammen:

- *Verstehbarkeit*: Stellt dar, dass ein Mensch die Internen und Externen chaotischen, ungeordneten Einflüsse strukturieren, erklären und einordnen kann.
- *Handhabbarkeit*: Beschreibt das Gefühl, die richtigen Internen und Externen Ressourcen zur Verfügung zu haben und diese zu gebrauchen, um die Ereignisse während des Lebens zu bewältigen.
- *Bedeutsamkeit*: Wird als Motivation oder als emotionale- und kognitive Sinnhaftigkeit für Ereignisse des Lebens beschrieben.

Diese Teile entwickeln sich im Laufe eines Lebens unterschiedlich und sind abhängig von den Lebenserfahrungen. Das Kohärenzgefühl ist gekennzeichnet durch die Bemühungen, dem Leben einen Sinn zu geben und wird als Identität beschrieben (Büssers, 2009). Es wirkt sich positiv auf die Bewältigungsressourcen aus (McAllister et al., 2013). In Abbildung 2 ist das Salutogenese Modell mit den sich beeinflussenden Faktoren dargestellt.

Abbildung 2: Salutogenese Modell nach Bengel (2012, zit. nach Antonovsky, 1979, S.19)



(A) Das Kohärenzgefühl bildet sich durch Erfahrungen im Verlauf der Kindheit und Jugend. (B) Generalisierte Widerstandsressourcen (GWR) wie z.B. körperliche Fähigkeiten, Intelligenz, Coping Strategien, soziale und finanzielle Ressourcen und kulturelle Gegebenheiten werden durch Lebenserfahrungen aufgebaut. (C) Die Entstehung der GWR ist abhängig vom soziokulturellen und historischen Hintergrund, den Erziehungsmustern, sozialen Rollen, persönlichen Einstellungen, sowie zufälligen Ereignissen. (D) Abhängig von der Stärke des Kohärenzgefühls werden die GWR aktiviert. Stehen zu wenig GWR zur Verfügung, beeinflusst dies das Kohärenzgefühl negativ, wodurch eine optimale Nutzung der GWR verhindert wird. (E) Stressoren wirken konstant auf den Menschen ein, wodurch Spannungszustände auslöst werden. (F, G) Die GWR beeinflussen die Bewältigung der Stressoren und den Spannungszustand. (H) Die Spannungsreduktion stärkt das Kohärenzgefühl. (I) Deshalb bleiben der Gesundheitszustand und somit die Stellung auf dem «Gesundheits-Krankheits-Kontinuum» (GKK) erhalten. (J) Eine fehlerhafte Spannungsbewältigung führt zu Stress. Dieser löst einen transaktionalen Prozess mit den vorhandenen pathogenen Einflüssen und dem Verletzlichkeitspotential aus, was sich auf die Position im GKK negativ auswirkt. (K) Eine gute Stellung auf dem GKK erleichtert die Entwicklung neuer GWR (Bengel et al., 2012, zit. nach Antonovsky, 1979).

2.2 Gesundheitsförderung

Der Begriff «Gesundheitsförderung» wurde von der Welt Gesundheitsorganisation (WHO) 1986 in der Ottawa-Charta als ein Prozess definiert, welcher die Menschen bezüglich ihrer Gesundheit zur Selbstbestimmung befähigt. Diese soll von den Individuen selbst gestärkt werden (WHO, 1986). In der Literatur wird Gesundheitsförderung mit der Salutogenese und der Resilienz verbunden. Demnach «(...) kann Gesundheitsförderung als Verbesserung der Voraussetzungen zur Bewältigung äusserer und innerer Anforderungen verstanden werden. Hierbei wird die Anfälligkeit gegenüber Stressoren von Personen vermindert und die Widerstandsfähigkeit aufgebaut» (Bruland et al., 2010).

2.3 Psychosoziale Belastungen

«Psychosoziale Belastungen» werden als Risiken zusammengefasst, welche eine Beeinträchtigung der Gesundheit zur Folge haben. Diese sind geprägt durch ungünstige Charakteristika im Arbeitsumfeld, welche die Arbeitsgestaltung und -organisation, sowie den sozialen Austausch, sowie den räumlichen Bezugsrahmen betreffen (SECO, 2014).

2.4 Das Resilienz Modell

Der Begriff «Resilienz» beschreibt die Widerstandskraft, welche eine positive Angleichung des Individuums trotz vorhandener Risikofaktoren auslöst (Renneberg et al., 2006). Es bildet sich einen Zusammenschluss von biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten. Diese sind in der Wahrnehmung und Reaktion auf eine herausfordernde Situation entscheidend (Richner et al., 2014). Resilienz ist daher nur im Kontext bestimmbar und nicht auf einzelne Merkmale einer Persönlichkeit zu reduzieren. Der Kontext zeigt sich in einer Interaktion zwischen Stressor, Kontext und Persönlichkeitsmerkmalen. Menschen sind nicht in allen Lebensbereichen gleich widerstandsfähig. Neue Übergangsphasen im Leben fordern neben sozialen, individuellen, sowie biologischen Reaktionen und Bewältigungsstrategien zusätzlich andere spirituelle Kräfte (McAllister et al., 2013).

Ebenen der Resilienz

Die Resilienz begünstigenden Faktoren können auf einer Ebene des Individuums wie Charakteristika der Persönlichkeit oder Fähigkeiten auftreten. Weiter zählen die sozialen Strukturen eine Rolle wie etwa die Familie, Freunde und die Gesellschaft. Sie umfasst alle Faktoren, die durch Regeln und Institutionen gegeben sind (Hammelstein et al., 2006).

Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren

Risikofaktoren können das Auftreten von psychischen Störungen erhöhen (Bengel et al., 2012). Faktoren der Vulnerabilität hingegen beziehen sich auf biologische oder psychologische Eigenschaften eines Menschen wie «neuropsychologische oder psychophysiologische Defizite, chronische Erkrankungen, unsichere Bindungsorganisation, geringe kognitive Fertigkeiten oder geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung» (Siegrist 2010, zit. nach Wustmann, 2004, S.38).

Schutzfaktoren

Aufgrund der punktuellen oder kontinuierlichen Einwirkung von Stressoren auf einen Menschen sind Schutzfaktoren nötig. Siegrist teilt sie in Merkmale ein: «Temperament, kognitive und soziale Kompetenzen, selbstbezogene Kognitionen und Emotionen, emotional sichere Bindung an eine Bezugsperson, soziale Unterstützung in und ausserhalb der Familie, Erleben von Sinn und Struktur im Leben» (2010, zit. nach Bengel et al., 1999, S.59). Bengel et al. (2012) nennen konkrete Schutzfaktoren, welche in Tabelle 1 ersichtlich sind.

Tabelle 1: Schutzfaktoren (zit. nach Bengel et al., 2012, S.45)

- positive Emotionen	- Selbstwirksamkeit	- Kohärenzgefühl
- Optimismus	- Selbstwertgefühl	- Hardiness
- Hoffnung	- Kontrollüberzeugung	- Religion und Spiritualität
- Coping	- soziale Unterstützung	

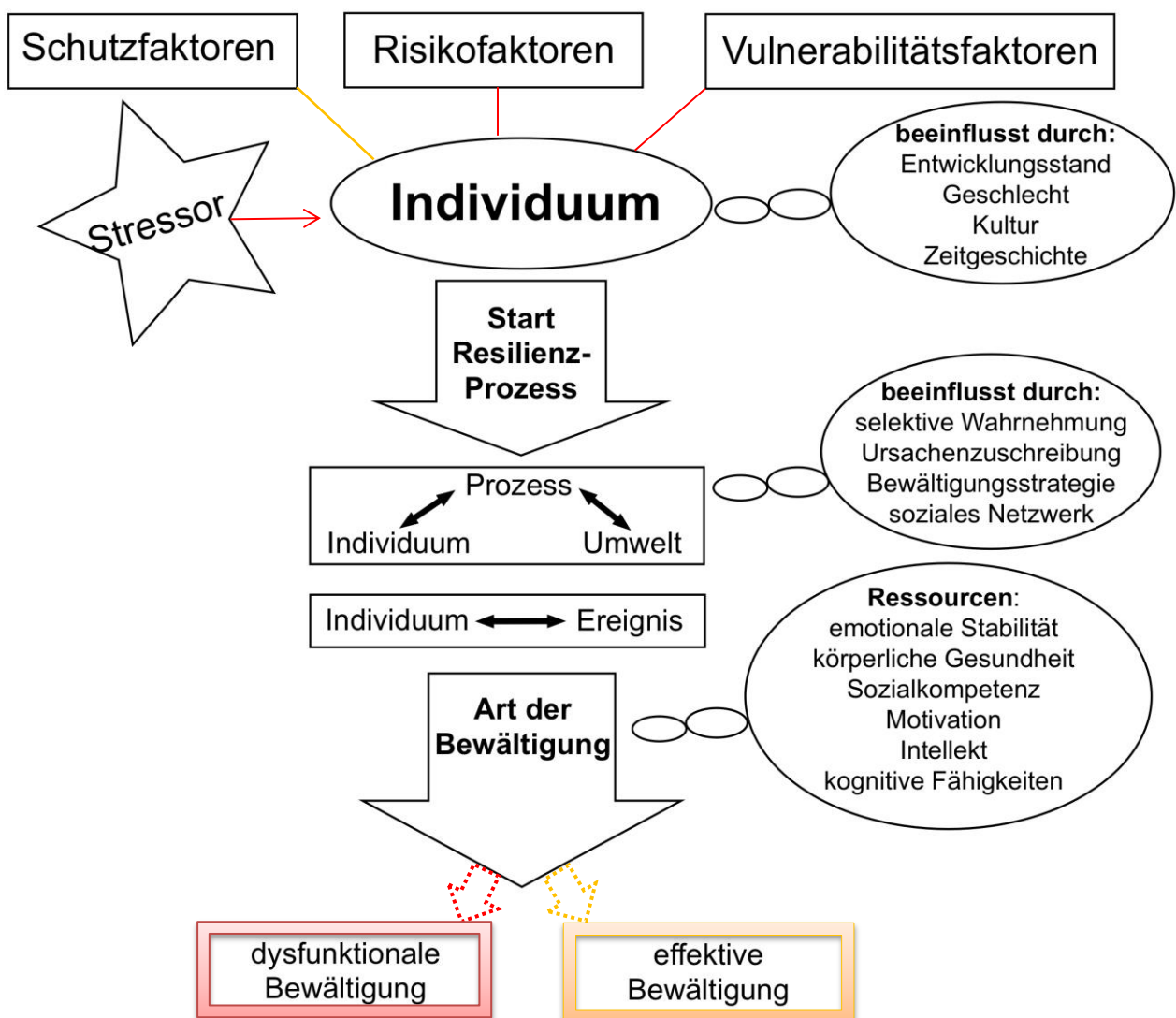
Der Resilienz Prozess

Nach dem Rahmenmodell von Wustmann (2004) wird Resilienz von einem akuten Stressor bestimmt, welcher eine Gleichgewichtsstörung des Individuums auslöst. Dies löst wiederum den Prozess der Resilienz aus. Der Prozess zwischen der Person und den Umweltbedingungen nimmt in der Bewältigung des Stressors eine wichtige Rolle ein. Es erfolgt eine Beeinflussung durch eine selektierende Wahrnehmung, Bestimmung von Ursachen, Bewältigungsstrategien und den Anschluss an soziale Netzwerke.

Anschliessend kommt es zu einer Wechselwirkung zwischen der Person und dem Ergebnis der Entwicklung. Dies kann sowohl wirkungsvolle, als auch hindernde Mechanismen zur Anpassung auslösen. Wegweisend ist die Art der Bewältigung der

Stresssituation. Bei einer wirkungsvollen Anpassung wird die Person aktiv nach Menschen und Situationen suchen, welche eine erfolgreiche Änderung der Lebensumstände bewirken können. Der Prozess stellt sich aufgrund der Individualität des Menschen mit seinen psychiatrischen und psychologischen Voraussetzungen interpersonell unterschiedlich dar (Siegrist, 2010). In der Abbildung 3 ist der Resilienz Prozess abgebildet.

Abbildung 3: Resilienz Prozess angelehnt an Wustmann (2004)



Eigene Darstellung

Resilienz ist lernbar

Laut McAllister et al. ist Resilienz im Rahmen der «positive[n] Psychologie» lernbar. Sie beschreiben, dass «(...) der Deutungsstil eines Menschen, die Bedeutung und die Auswirkungen belastender Erfahrungen prägen und dass man Optimismus durch den gezielten Einsatz kognitiver Verhaltenstechniken, die negatives Denken verhindern, erlernen und so seine Anpassungsfähigkeit und Resilienz stärken kann» (McAllister et al. 2013, zit. nach Seligmann, 1998, S.42). Die Konzepte zur Förderung von Resilienz beinhalten meist eine Stärkung von Schutzfaktoren, welche auf Personen bezogen sind (ebd).

Abgrenzung und Zusammenfassung

Das Modell abzugrenzen, wird erschwert durch ungenaue Begriffsklärungen, wie Siegrist (2010, zit. nach Borst, 2006) zusammenfasst. Bengel et al. (1999) beschreiben es als unvollendetes Konzept und analysieren einen fehlenden Rahmen, sowie einen fehlenden Anspruch bezüglich dessen Erklärung und Entwicklung. Neben der Kritik sehen sie die Einzigartigkeit des Modells. Siegrist (2010, zit. nach Hildenbrand, 2006) widerspricht und beschreibt vier Eigenschaften des Resilienz Modells, welche der Abgrenzung dienen. Resilienz ist kontextbezogen und basiert auf der Relation, sodass physische und psychiatrische Symptome berücksichtigt werden müssen. Es ist in einen kulturellen und sozialen Entwicklungskontext eingegliedert und wird nicht auf individuelle interpersonelle Merkmale herabgesetzt. Die Handlungsansätze sind ressourcenorientiert (ebd). Richter et al (2010) sehen den Sinn von Förderung der Resilienz darin, das geistige Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Einzelpersonen oder Gruppen zu stärken. Es befähigt Menschen, Einfluss auf den Verlauf von scheinbar pathogenen Stressoren zu nehmen. Sie bestimmen selbst, mit welcher Zufriedenheit sie ihr Leben fortsetzen. Dies kann durch Förderungsprogramme erreicht werden. Der Schwerpunkt stellt dabei die Förderung der Ressourcen der Person dar. Laut Richner et al. (2010, zit. nach Scharnhorst, 2010) wird ein gesamtorganisatorischer integrativer Ansatz verwendet, wodurch präventiv eingegriffen werden kann, bevor sich eine psychische Störung manifestiert. Somit fügt sich dieses Modell in den Kontext der Gesundheitspolitik ein. Es wird als Grundlage zukünftiger Vorgehensweisen zur Gesundheitsförderung der Gesellschaft angesehen (Richter et al, 2010).

2.5 Stand der Resilienz Forschung

Das Forschungsfeld der Resilienz ist relativ jung, wobei die Begrifflichkeit erst seit den 1950er Jahren von Werner und Smith (2001), vor allem im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen, erforscht wird (Siegrist, 2010). Resilienz wurde erstmals in der Überlebensforschung mit Erwachsenen formuliert, wobei neue Erkenntnisse bezüglich der Persönlichkeit eines Menschen mit Resilienz gewonnen wurden (McAllister et al., 2013). Aktuell soll Resilienz auf verschiedenen Ebenen geforscht werden, um die bestehende Evidenzlage zu verstärken. Dies schliesst die wissenschaftliche Überprüfung von Interventionen und Messinstrumenten ein, weshalb noch kein «Gold-Standard» verfügbar ist (Richner et al., 2014). Inhalt der Resilienz Forschung ist nach Renneberg et al. (2006) die Frage: «Welche Faktoren tragen bei welchen Risikofaktoren unter welchen Bedingungen und bei welcher Population zur Resilienz bei?» (Renneberg & Hammelstein, 2006, S.19). Das Spektrum des Forschungsfelds reicht bis in die Risikoforschung hinein, in welcher negative Einflüsse und Auswirkungen untersucht werden. Es umfasst zusätzlich die Resilienz fördernden Einflüsse, Risikofaktoren und deren Auswirkungen auf salutogene und pathogene Entwicklungsverläufe. Die Kontextabhängigkeit erschwert deren Erfassung. Es werden Faktoren erhoben, die eine potenzielle Wirkung zeigen, wobei die Variablen hochgradig voneinander anhängig sind und meist eine enge Wechselwirkung aufweisen. Somit kann Resilienz nicht direkt erfasst werden (ebd). Renneberg et al. (2006, S.20) beschreiben folgende drei Aspekte der Resilienz Forschung:

- Welche Konsequenzen hat der Risikofaktor für die bestimmte Population?
- Welche Faktoren tragen dazu bei, dass einige Individuen der Population eine positive Anpassung aufrechterhalten beziehungsweise wiederherstellen können?
- Welche Interventionsstrategien lassen sich daraus ableiten?

Das Ziel der Resilienz Forschung beschreiben Bengel et al. (2012) als das Identifizieren von Schutzfaktoren und das Erstellen von Modellen, welche das Zusammenspiel dieser Faktoren beschreibt. Davon ableitend werden präventive Ansätze und Interventionen zur Stärkung der Schutzfaktoren entwickelt.

3 Methode

Um mögliche evidenzbasierte Interventionen zur Förderung der Resilienz von Pflegenden zu identifizieren, ist nachfolgend die Vorgehensweise zur Extraktion von relevanter Literatur beschrieben.

3.1 Durchführung der Literaturrecherche

Im Dezember 2017 erfolgte eine systematisierte Literaturrecherche anhand von Keywords (siehe Tabelle 2). In folgenden Datenbanken wurde nach primären Studien, Fachartikeln und Dissertationen gesucht: PsycInfo, Pubmed und CINAHL Complete. Die Plattform «Google-Scholar» und die «Handsuche» wurden zur unsystematischen Recherche von wissenschaftlichen Artikeln verwendet. Die medicas-subject-heding (Mesh-Term) Begriffe wurden mit den Booleschen Operatoren AND und/oder OR verknüpft. Trunkierungen (*) wurden verwendet, um die Suche breit zu halten.

Tabelle 2: Keywords

Deutsch	Englisch	Mesh-Term
Akutspital	acute hospital	hospital, acute care
Pflegepersonal	nurses	nurses, nursing (staff), for nurses, registerd nurses nurs*
Interventionen	intervention	intervention, *intervention, workbased intervention, personal intervention
Widerstandsfähigkeit	resilience	resilience, resiliency, resilien*, resilience promotion, generalized resistance resources, resilience enhancing
	hardiness	hardiness

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In der Tabelle 3 sind die Einschlusskriterien für Studien beschrieben.

Tabelle 3: Einschlusskriterien für Studien

Bereich	Einschlusskriterien	Begründung
Studiendesign	Qualitative und Quantitative, deskriptive Ansätze	Darstellung der Thematik durch Erfahrungen, Empfindungen und Erlebnissen, sowie statistischen Daten
	Interventionsstudien	Suche nach Resilienz fördernden Interventionen zur Beantwortung der Forschungsfrage
Evidenzlage	Primärstudien	Um ein hohes Evidenzlevel zu gewährleisten
Population	Berufstätige Pflegefachpersonen	Sind die betroffenen Personen der Thematik in einem jungen Forschungsbereich mit wenig Evidenz
	Studierende	Die Thematik hat für angehende Pflegende eine Relevanz
Setting	stationäres Setting, Akutspital, Intensivstation	Zur Beantwortung der Forschungsfrage mit dem Setting Akutspital, um Schlussfolgerungen für die Praxis abzuleiten
Limits	Publikation zwischen 2007 und 2017, vorhandenes Abstract, Volltext, deutsche- oder englische Sprache	Um das neuste evidenzbasierte Wissen aufzuzeigen, Studien im Vorhinein ein- bzw. auszuschliessen und eine Übersetzung zu gewährleisten

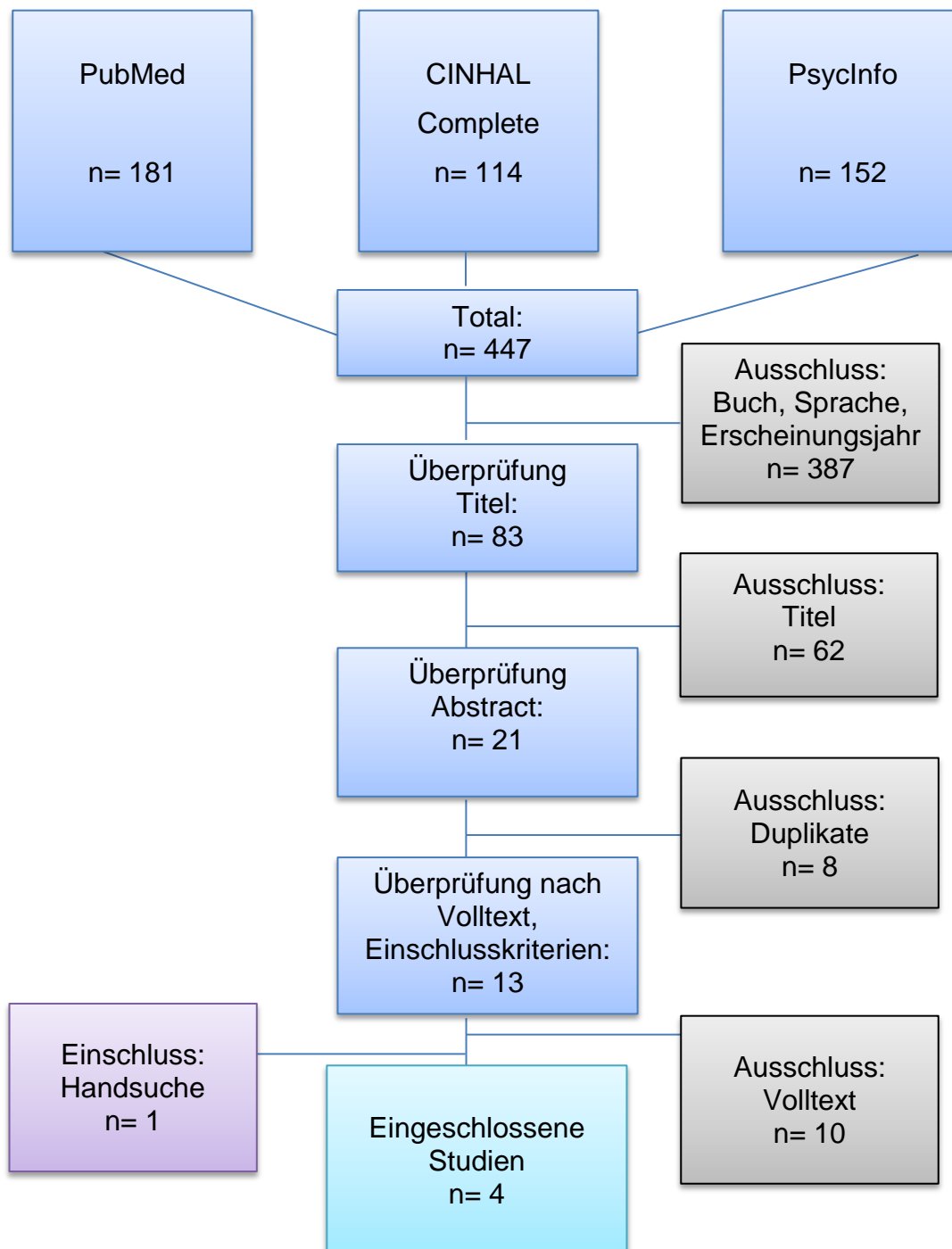
Ausschlusskriterien

Als Ausschlusskriterien werden «Systematic Reviews» formuliert, da sie lediglich eine Übersicht an vorhandener Literatur geben. Dies stellt ein unpassendes Design dar, um die Forschungsfrage beantworten zu können. Thematisch werden Bereiche ausgeschlossen, welche Charakteristika von Menschen untersuchen, die Resilienz entwickelt haben, sowie Messinstrumente, die Resilienz messen.

3.3 Selektionsprozess

Anhand des Flow-Charts in Abbildung 4 ist die Strategie zur Literaturgewinnung aufgeführt.

Abbildung 4: Flow-Chart

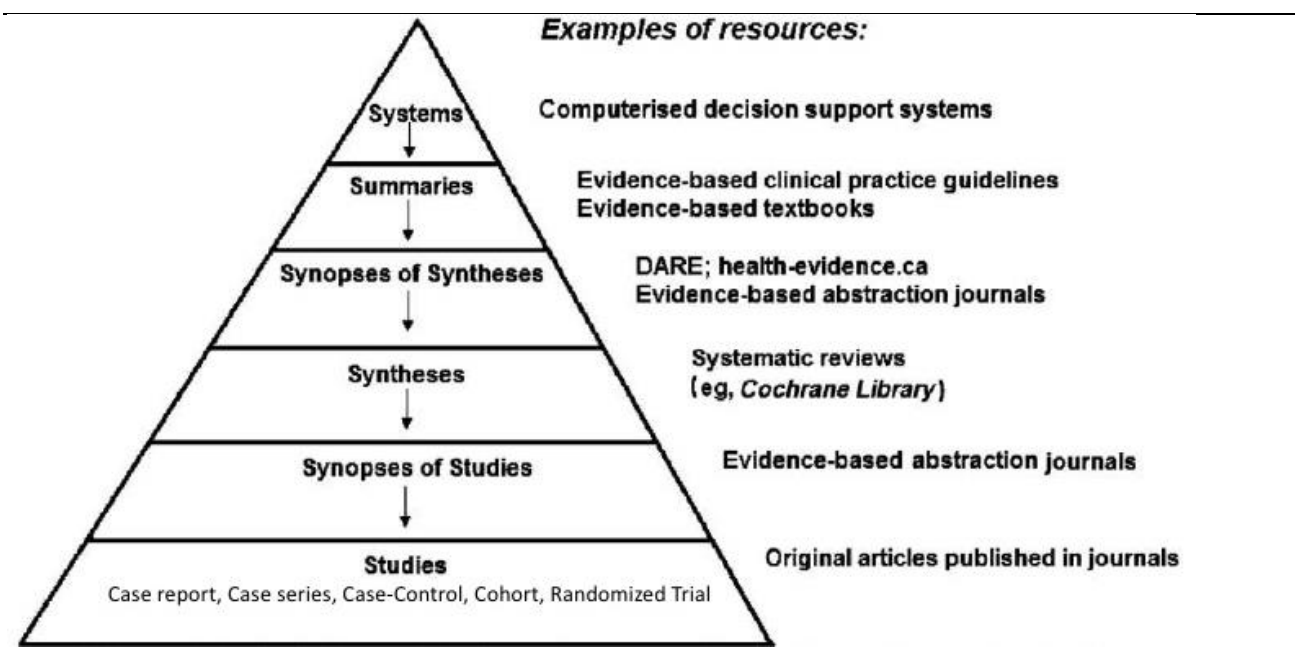


Eigene Darstellung

3.4 Synthese

Nach der systematisierten Literaturrecherche werden Ergebnisse abgeleitet. Die Studien werden anhand des «Arbeitsinstrument[s] für ein Critical Appraisal» (AICA) von Ris und Preusse-Bleuler (2015) zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die Güte der qualitativen Studien wird nach Bartholomeyczik et al. (2008), diejenigen mit einem quantitativen Ansatz nach Steinke und Flick (2010) beschrieben. Die Evidenzlage wird gemäss der «6-S» Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) eingeschätzt (siehe Abbildung 5). Die Glaubhaftigkeit der Studien wird nach Behrens und Langer (2016) bewertet. Für die Darstellung des Theorie-Praxis-Transfers wird das «4-Säulen» Modell von Rycroft-Melone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson und McCormack (2004) an die Population «Pfleger» adaptiert. Ergänzend wird die Meinung einer Resilienz Expertin miteinbezogen. Die «6-W» Regel (Müller-Staub, 2012) wird im Teil «Schlussfolgerungen» angewendet, worin Empfehlungen für die Praxis abgegeben werden. Die genannten Instrumente werden genutzt, da sie zur Beurteilung und Einschätzung der Studien als geeignet befunden wurden. Der Suchverlauf, die Zusammenfassung, die kritische Würdigung, die Einschätzung der Güte der Studien und das Interview mit der Expertin sind im Anhang 5 bis 9 abgelegt.

Abbildung 5: «6-S» Pyramide nach DiCenso et al. (2009)



4 Ergebnisse

Zur Identifikation von Resilienz stärkenden Interventionen für Pflegende sind im folgenden Abschnitt die Resultate aus den vier ausgewerteten Studien aufgeführt. Die Tabelle 4 gibt eine Übersicht der Studien und deren Resultate. In der Tabelle 5 sind die Inhalte der Interventionen ersichtlich. Die in den Studien angewendeten Interventionen lassen sich in folgende zwei Kategorien einteilen: die individuelle- und die soziale Ebene der Resilienz nach Renneberg et al. (2006). Die von den Interventionen abgeleiteten Unterkategorien orientieren sich unter anderem an den «Schutzfaktoren der Resilienz» nach Bengel et al. (2012). Die verwendeten Interventionen werden mit aktueller Literatur ergänzt.

4.1 Übersicht der Studien

Die Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die identifizierten Studien.

Tabelle 4: Übersicht der Studien

Autoren Jahr Land	Studiendesign	Ziel[e]	Population	Resultate
Mealer, M. et al. 2014 USA	RCT, Pilotstudie mit quantitativem Ansatz und einem Anteil qualitativer Vorgehensweise	Untersuchung der Umsetzbarkeit, Effektivität und Akzeptanz eines multidimensionalen Resilienz Trainings für Intensivpflegende	N= 27 Pflegende Kontrollgruppe: n=13 Interventionsgruppe: n= 14	Signifikante Reduktion von Symptomen einer Depression (p 0.03), reduzierte Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung p bei 0.01 bei der Interventionsgruppe und p 0.05 bei der Kontrollgruppe
Foureur, M. et al. 2013 Australien	Vorher-Nachher Pilotstudie mit qualitativem und quantitativem Ansatz	Untersuchung der Wirksamkeit und Durchführbarkeit einer achtsamkeits- basierten Intervention zum Stressabbau und zur Förderung von psychologischem Wohlbefinden	Pflegende (n=20) und Hebammen (n=20)	Signifikante Verbesserung im Empfinden der eigenen Gesundheit (p 0.011), eine positive Lebenseinstellung (p 0.009) und geringere Stresslevel (p 0.004). Bessere Aufmerksamkeit in der Interaktion mit Menschen, Hilfsbereitschaft, Kontrolle über eigene Gedanken

Fortsetzung Tabelle 4

Autoren Jahr Land	Studiendesign	Ziel[e]	Population	Resultate
McDonald, G. et al. 2013 Australien	Fall-Kontroll Studie mit qualitativem Ansatz	Untersuchung der Effekte einer am Arbeitsplatz durch- führbaren Intervention zur Resilienz Stärkung	N=14 Pfleger und Hebammen mit weiblichem Geschlecht	Gewinn auf persönlicher Ebene: vertiefte Kommunikation; kreativer Selbstaussdruck förderte Wahrnehmung und Ausdrucksfähigkeit; Reflexion der eigenen Gesundheit und Selbstfürsorge. Gewinn auf professioneller Ebene: verbessertes Durchsetzungsvermögen, engere Gruppendynamik, positive Einstellung, Stressreduktion.
Potter, P. et al. 2013 USA	Quantitative, deskriptive Vorher-Nachher Studie mit Follow-up nach 3 und 6 Monaten	Evaluation eines Resilienz Programms bezüglich Wirksamkeit zur Schulung von Onkologie Pflegenden über arbeitsbezogene Erschöpfung.	N= 13 Onkologie Pflegende Frauen n=12 Männer n= 2 Drop out n= 1	Keine signifikanten Veränderungen bezüglich Burnout und Zufriedenheit im Beruf. Positive Bewertung des Programms (Range 4 - 4.7 von 1-5) Teilnehmende konnten von den Techniken Profitieren. Emotionale Erschöpfung nahm signifikant ab bei p 0.44. Trauma-score verbesserte sich insgesamt (nach sechs Monaten bei p 0.005). Emotionale Überregung sank nach sechs Monaten bei p 0.006.

Legende: N= Anzahl der Teilnehmenden; RCT= randomisiert-kontrollierte Studie

4.2 Übersicht der Inhalte der Interventionen

Die Tabelle 5 gibt eine Übersicht der Inhalte der Interventionen zur Stärkung der Resilienz bei Pflegenden im Akutspital.

Tabelle 5: Übersicht der Inhalte der Interventionen

Autoren Jahr	Interventionsart	Themen / Ziele	Länge / Häufigkeit	Hilfsmittel / Leitende Person[en]
Foureur, M. et al. (2013)	Workshop	- Achtsamkeitsbasiert zur Stressreduktion (MBSR) - Kombination von Praktiken und Wissen von spirituellen Traditionen mit psychologischen Ansichten und evidenzbasierten Ansätzen - Gruppendiskussion mit Themen: Präsenz im Moment, Aufmerksamkeit, Atmung, Beobachtung, Erkennen, Akzeptanz, nicht bewerten, Erdung und Entschärfung im Alltag und am Arbeitsplatz	1 Tag	Psychologe
	Eigenes Üben	- Achtsamkeitsübungen	1x pro Tag 20 Min w. 8 Wochen	CD mit geführten Achtsamkeitsübungen
Mealer, M. et al. (2014)	Workshop	- MBSR, Humor - Arten von psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz (IPS) - Selbstpflege - Einführung Achtsamkeitsübungen und Stressreduktion - Einführungskurs expressives Schreiben	2 Tage	Experte für MBSR
		- Kognitive Verhaltenstherapie: Aufleben von traumatischen Erlebnissen, identifizieren von Negativen Gedanken, Restrukturierung	2 Stunden 4 Stunden	Experte für expressives Schreiben
		- Kognitive Verhaltenstherapie: Aufleben von traumatischen Erlebnissen, identifizieren von Negativen Gedanken, Restrukturierung	2x 30-60 Min. w. 12 Wochen	Experte für Trauma und Stress
	Eigenes Üben	- Achtsamkeitsübungen: Bodyscan, sitzende Meditation	3x pro Woche für 15 Min w.12 Wochen	CD mit geführten Achtsamkeitsübungen
		- Expressives Schreiben: Herausfordernde Situationen am Arbeitsplatz, Leistungsverminderung, innere Widersprüche, Konfliktsituationen	1x pro Woche 30 Min. w.12 Wochen	Themen vom Experten vor- gegeben
	- Körperliches Training	30-45 Min. 3x pro Woche w. 12 Wochen	Mitgliedschaft im Fitnesscenter	

Legende: Min.: Minuten; x: Anzahl Wiederholungen; MBSR: mindfulness-based stress reduction; w.: während; IPS: Intensivpflegestation

Fortsetzung Tabelle 5

Autoren Jahr	Interventionsart	Themen / Ziele	Länge / Häufigkeit	Hilfsmittel / Leitende Person[en]
McDonald et al. (2013)	Workshop und Mentoren Programm mit Gruppen- diskussionen, Individuelles Lernen, Zweiergruppen, Lerngruppen	positive, stärkende Beziehungen entwickeln, positive Einstellung aufrechterhalten, Widerstandsfähigkeit, Gleichgewicht im Leben, intellektuelle Flexibilität, emotionale Intelligenz, Spiritualität entwickeln, reflektiertes und kritisches Denken, Planung für die Zukunft und Weiterkommen im Leben, Kommunikation, Spiritualität, kreative Bewegung, Malen, Schreiben, Kunst Interpretation, Musik, Aromatherapie, Entspannungstechniken, Handmassage,	jeweils 1 Tag pro Monat w. 6 Monaten	externe Experten
Potter, P. et al. (2013)	Workshop	Selbstregulation, Selbstevaluation Wichtigkeit von Verbindung, Beziehungen zu Personen am Arbeitsplatz, soziale Unterstützung am Arbeitsplatz. Selbstpflegeinterventionen: um die Wichtigkeit von Regeneration der Energien und Motivation für den Pflegeberuf aufrecht zu erhalten.	4x w. 6 Monaten 90 Min. nach Arbeitsende	Sozialdienst, Seelsorger, Assistenzarzt für Psychiatrie mit Training für Resilienz und Prävention
	Retreat, Eigenes Üben	Zur Übung der Selbstpflegepraktiken, Kunstprogramm	1x w. der 3. und 4. Woche der Intervention w. 4 Stunden	keine

Legende: x: Anzahl Wiederholungen; Min.: Minuten; w.: während

4.3 Interventionen auf persönlicher, individueller Ebene

Die in den Studien verwendeten Interventionen schaffen die Grundlage für Möglichkeiten von evidenzbasierten Interventionen zur Stärkung der Resilienz von Pflegenden. Sie werden hier mittels Unterkategorien dargestellt.

Selbstbezogene Kognitionen und Emotionen

Die Intervention in der Studie von McDonald et al. (2013) ermöglichte den Teilnehmenden eine Erweiterung ihres Wissens rund um Resilienz. Dies bewegte sie zu einer Selbstreflexion bezüglich ihrer Konzepte: eigene Gesundheit, Familie, Zuhause und Zugehörigkeit. Sie berichteten über verbessertes Selbstvertrauen aufgrund der Teilnahme am Programm. Mealer et al. (2014) beschreiben, dass Resilienz unter anderem durch kognitive Flexibilität, Humor und Entwicklung von aktiven Bewältigungsstrategien gestärkt werden kann. Die Teilnehmenden von Foureux et al. (2013) beobachteten im Laufe der Intervention, dass sie Tatsachen besser akzeptieren und Dinge bei Zeitknappheit unfertig liegen lassen konnten. Sie wollten nicht mehr alles verändern und hatten Kontrolle über ihre Gedanken.

Achtsamkeit

In der Studie von Mealer et al. (2014) wurden die Bodyscan Übung und die sitzende Meditation angewendet, um die Aufmerksamkeit auf den aktuellen Moment zu lenken. Sie konnten negative Gefühle zulassen, was deren Bewältigung förderte. Diese Intervention wurde von 66 Prozent der Teilnehmenden mit durchschnittlich 65 Minuten Übungszeit pro Woche durchgeführt. Auch Foureux et al. (2013) beschreiben Achtsamkeitsübungen als Möglichkeit zur Stressreduktion. Sie kombinieren diese mit Praktiken und Wissen von spirituellen Traditionen, psychologischen Ansichten, sowie evidenzbasierten Ansätzen. Die Übungen stiessen auf gute Resonanz. Die Teilnehmenden waren konfrontiert mit der Umsetzung der Übungen im Alltag. Deshalb konnten einige Teilnehmende diese lediglich während gewissen Zeiten praktizieren. Von vielen wurde beschrieben, dass sie sich für die Übungen Zeit nahmen, auch wenn scheinbar keine da war.

Reflektion von Ereignissen

Die Untersuchung von Mealer et al. (2014) zeigte, dass bei den Teilnehmenden eine hohe Prävalenz bezüglich Angstzuständen (100%), Depression (77%), Erschöpfungszeichen (81%), Identitätsverlust (77%), verminderter Leistungsfähigkeit (77%) und Symptomen
Rahel Zweifel

einer posttraumatischen Belastungsstörung (44%) besteht. In ihrer Intervention nutzen die Forschenden die Schreibtherapie für die Verarbeitung und Rekapitulation von Ereignissen, statt deren Verdrängung. Die Traumatherapie wurde im Rahmen des Ansatzes der kognitiven Verhaltenstherapie angewendet. Diese Methoden ermöglichten es, Strategien zur Überwindung von negativen Bewertungen bei traumatischen Ereignissen am Arbeitsplatz zu entwickeln. Die angewandten Therapieformen reduzierten Symptome von posttraumatischer Belastungsstörung und Depression signifikant. Die Bewertung der Teilnehmenden bei Potter et al. (2013) bezüglich des Trauma-score lagen nach sechs Monaten signifikant. In Bezug auf das sekundäre Trauma verbesserte sich die Bewertung unmittelbar nach dem Programm und verhielt sich während der gesamten sechs Monate des Follow-ups stabil. Bereits das Ausfüllen der Fragebogen und die damit verbundene Reflexion löste bei den Teilnehmenden von Foureur et al. (2013) einen Lernprozess aus.

Körperliches Training

Einzig in der Studie von Mealer et al. (2014) wird körperliches Training als Resilienz stärkende Massnahme gesehen. Wobei die genaue Art des Trainings nicht beschrieben wird. Während der Untersuchung haben lediglich 42 Prozent der Teilnehmenden die empfohlene Häufigkeit von drei Mal pro Woche eingehalten.

Kreativer Ausdruck

McDonald et al. (2013) wendeten Malen, Schreiben, Interpretation von Kunst und Fotografie, Musik, sowie ausdrucksvolle Bewegungen an. Dies ermöglichte den kreativen Selbstaussdruck der Teilnehmenden, wodurch die Selbstwahrnehmung und die Ausdrucksfähigkeit gefördert wurden.

Selbstpflege

Potter et al. (2013) wendeten Selbstpflegeinterventionen an, um die Wichtigkeit der Regeneration von Energien aufzuzeigen. Sie sehen die Verbindung zwischen Selbstpflege und der Motivation für den Pflegeberuf. Die Teilnehmenden konnten in einem Wellnesscenter die Selbstpflegepraktiken üben und an einem Kunstprogramm teilnehmen. In der Studie ist nicht ersichtlich, um welche Interventionen es sich handelt.

Bei McDonald et al. (2013) wurde das Verständnis des Zusammenhangs von Resilienz und dem Ausführen von Selbstfürsorge gefördert. Dazu wendeten sie unter anderem Massagetechniken und Aromatherapie an. Dies förderte das Gleichgewicht in den

Lebensbereichen. Laut Mealer et al. (2014) entwickelt sich ein gesunder Lebensstil durch die Integration von Selbstpflege in den Alltag. Dies wurde in der Studie von Foureur et al. (2013) als «Zeit für sich» beschrieben, wobei die Teilnehmenden über positive Auswirkungen berichteten.

Emotionale Selbstregulation

Im Punkt der emotionalen Überregung war bei Potter et al. (2013) eine sofortige und langfristig signifikante Verbesserung der Messwerte ersichtlich. Gefühle von Verdrängung wurden drei Monate nach der Intervention signifikant tiefer bewertet. Die Teilnehmenden äusserten, sich besser ausgestattet zu fühlen, um starken Gedanken und Gefühlen zu begegnen und diese weniger zu verdrängen. Bei McDonald et al. (2013) war das Verständnis für die Anwendung von Selbstpflege und dem Zusammenhang mit Resilienz signifikant. So wurde eine Stressreduktion durch die Anwendung von Entspannungstechniken erreicht. Foureur et al. (2013) verzeichnen signifikant geringere Stresslevel der Teilnehmenden nach der Intervention. Sie fühlten sich entspannter, ruhiger und fokussierter.

Sinn und Struktur im Leben

Potter et al. (2013) setzen auf Instrumente der Selbstevaluation. Dies zeigt die Wichtigkeit auf, durch Integrität zu leben und zu arbeiten, statt auf Akzeptanz und Anerkennung von Anderen zu warten. Die Analyse ihrer Lebensführung ermöglichte den Teilnehmenden in der Studie von McDonalds et al. (2013), Druck in der Familie, bei der Arbeit oder in der Ausbildung zu erkennen. Einige Teilnehmenden hatten sechs Monate nach der Intervention Veränderungen bezüglich ihrer Lebensführung vorgenommen. Diese beziehen sich auf persönliche Beziehungen, Beanspruchung von professioneller Unterstützung oder einen Wohnortwechsel. Grund dazu war der Anstoss für neue Ideen und Strategien. In der Untersuchung von Foureur et al. (2013) berichteten die Teilnehmenden über eine positivere Lebenseinstellung.

4.4 Interventionen auf sozialer Ebene

Im folgenden Abschnitt sind die in den Studien durchgeführten Interventionen auf sozialer Ebene mittels Unterkategorien dargestellt.

Kognitive und soziale Komponente

Die Teilnehmenden bei McDonald et al. (2013) lernten durch die Intervention, die Ansichten anderer besser zu respektieren. Es konnte das Durchsetzungsvermögen der Teilnehmenden, sowie der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen verbessert werden. Potter et al. (2013) fanden keine signifikanten Veränderungen bezüglich der Zufriedenheit mit dem Beruf. Die Pflegequalität erhöhte sich nach der Intervention etwas, senkte sich im Verlauf jedoch wieder auf das Level vor der Intervention.

Soziale Unterstützung

Ein unterstützendes soziales Netz durch persönliche, familiäre und professionelle Beziehungen mit Kommunikation, dem Gefühl von Verbindung und emotionaler Unterstützung wird von Mealer et al. (2014) mit Resilienz in Verbindung gebracht. Ihre Intervention ermöglichte einen Austausch, um ähnliche Probleme zum Thema Traumata am Arbeitsplatz zu besprechen. So gelangten die Teilnehmenden zur Erkenntnis, dass sie nicht die einzigen Betroffenen sind und schafften dadurch eine Verbindung. McDonald et al. (2013) leiten aus ihrer Untersuchung ab, dass die Intervention als lehrreiche Chance für einen Austausch in einer sicheren Umgebung ohne Hierarchie war. Die Teilnehmenden berichteten über positive Erlebnisse bezüglich des Einbringens neuer Ideen bei der Arbeit, was die Autonomie und Arbeitszufriedenheit verbesserte. Einige berichteten über eine verbesserte Argumentation bei Gesprächen mit Vorgesetzten oder im Austausch mit dem Team. Dies führte zu Entspannung. Potter et al. (2013) betonen die Wichtigkeit von sozialer Unterstützung und Resilienz stärkenden Programmen am Arbeitsplatz. Foureur et al. (2013) sehen den Bedarf eines Meditations- und Rückzugsraums für Mitarbeitende auf den Stationen. Ihre Intervention bewirkte eine verbesserte Aufmerksamkeit in der Interaktion mit Menschen und ihrer Hilfsbereitschaft.

Emotional sichere Beziehung bezüglich seiner Bezugsperson

McDonald et al. (2013) betonen die Wichtigkeit, positive, stärkende Beziehungen zu entwickeln. Potter et al. (2013) schliessen sich dem an und zeigen die Wichtigkeit von Verbindung und Beziehungen zu Personen am Arbeitsplatz auf.

4.5 Ergänzende Literatur

Esch, T. (2017) formuliert Merkmale, um die körperliche und psychische Gesundheit aufrechtzuerhalten. Diese beziehen sich auf Achtsamkeit, aktive Entspannung, eine ausgewogene und achtsame Ernährung, Bewegung, Freundschaft, Liebe und Optimismus. Zudem gibt es die Möglichkeit, eine Umformung von automatisch negativen Gedankenmustern zu üben. Diese Merkmale sind lernbar, sowie die Einstellung, Eigenverantwortung zu übernehmen, Selbstfürsorge zu betreiben und aktiv Hilfe in Anspruch zu nehmen. Er betont die Wichtigkeit der Selbstakzeptanz des eigenen Wesens und des Körpers (ebd).

Mindfulness-based stress reduction (MBSR)

Achtsamkeit ist der jetzige Augenblick, in dem wir gerade leben, weder die Vergangenheit, noch die Zukunft (Kabat-Zinn, 2013). MBSR kann vieles sein: Meditation im Sitzen, eine gewisse Tätigkeit achtsam auszuführen oder den Körper durch z.B. die Bodyscan Methode bewusst wahrzunehmen. Meditation ist der Zustand, im Jetzt zu sein von der Aktion ins Sein umzuschalten, dabei den Körper und die Gedanken zu beobachten, ohne einzugreifen oder zu bewerten. Das Ziel ist, alles wahrzunehmen, was kommt. Dies können Anspannungen, Angst, Unruhe oder sonstige Empfindungen oder Gedanken sein. Atemübungen geben Sicherheit und lenken die Aufmerksamkeit auf die Verbindung von Körper und Geist (Nolte, 2018).

Kognitive Vorgänge

Siegrist (2010, zit. nach Reichviech & Shatté, 2002) beschreibt Übungsgrundsätze zur Entwicklung von inneren Stärke. Diese in Kombination mit den «sieben Säulen der Resilienz» (Siegrist, 2010 zit. nach Rampe 2005) ergeben folgende Grundsätze: Das Beobachten der Gedanken, lässt sich ableiten von der Annahme, dass Gedanken Gefühle auslösen. Deshalb wird darauf geachtet, welche Gedanken für welche Gefühle verantwortlich sind, um diese mit der Realität zu vergleichen. Dies hilft, Denkmuster zu identifizieren und Fehler zu vermeiden. Sie können durch die Anwendung von neuen Denkmustern umgewandelt werden. Eigene Überzeugungen werden überdacht. Tief verankerte Vorstellungen beeinflussen den Menschen bewusst oder unbewusst und können hinderlich sein. Durch deren Überprüfung werden sie von fördernden Überzeugungen abgelöst. Nach einer realistischen Analyse des Problems werden Lösungen gesucht. Das Stoppen von Katastrophendenken ist essentiell, denn es lähmt die
Rahel Zweifel

Fähigkeit, positives Denken zu entwickeln. Durch Entspannungstechniken kann sich das System regenerieren, um im Falle eines Stressors die nötige Impuls- und Gedankenkontrolle zu haben. Durch regelmässiges Üben und Anwenden dieser Hilfsmittel stärkt sich der Mensch, womit die Entwicklung von Zuversicht entstehen kann und die Überzeugung, dass Krisen eine zeitliche Begrenzung haben und überwindbar sind. Durch Akzeptanz kann die herausfordernde Situation als real angenommen werden. Aktive Beteiligung schafft ein stabiles soziales Netz. Vorausschauende Planung der Zukunft soll vor Rückschlägen bewahren. Selbstverantwortliches Handeln ist die Grundlage dieser Übungsfelder (ebd).

Schreiben

Die Auswirkungen des «expressives[n] Schreiben[s]» wurden in den 1970er Jahren durch die Trauma Forschung entdeckt. Pennebakers, J.W. untersuchte traumatisierte Menschen und fand heraus, dass es denjenigen, die über das Ereignis schwiegen, deutlich schlechter ging, als denen, die darüber sprachen oder schrieben (Vopel, 2006). Demnach stellte er eine Art Anleitung zusammen: «das traumatische Geschehen rekonstruieren, seine Gefühle und Gedanken offen ausdrücken, den traumatischen Vorgang nicht nur aus der Perspektive des hilflosen Opfers erzählen, sondern auch aus dem Blickwinkel des Überlebenden, der es geschafft hat, das als chaotisch empfundene Erlebnis irgendwie sinnvoll in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen» (Vopel, 2006, S.13). Seine Studien zeigten, dass sich das körperliche und psychische Befinden, sowie die Leistungsfähigkeit der Schreibenden verbesserten. Durch das Schreiben hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, ihre «rohen» Gefühle zu äussern, ohne dabei auf jemanden Rücksicht nehmen zu müssen (ebd).

Spaziergang im Wald

Forschungen aus Japan beweisen, dass Menschen, die in Waldregionen leben, signifikant weniger an Krebs erkranken, als in gerodeten oder waldlosen Regionen. Diese Wirkung zeigte sich unabhängig von städtischen oder ländlichen Gebieten. Der Aufenthalt in einem Wald führte zu einem Anstieg der natürlichen Killerzellen um 40 Prozent. Diese signifikante Wirkung ist auf das Vorkommen von «Terpenen» und weiteren bioaktiven Substanzen, welches die Botenstoffe der Bäume und Pflanzen sind, zurückzuführen. Die Forschenden leiteten die Empfehlung ab, zwei Tage pro Monat im Wald zu verbringen. Dabei wirken die Bewegung und die Botenstoffe gesundheitsfördernd (Arvay, 2018).

5 Diskussion

In folgendem Kapitel werden die beschriebenen Studien kritisch beleuchtet und deren Qualität beurteilt. Die Diskussion von Gemeinsamkeiten und Unterschieden führt weiter zur Verknüpfung der Interventionen mit den Modellen. Für die Darstellung des Theorie-Praxis-Transfers wird das adaptierte «4-Säulen» Modell von Rycroft-Melone et al. (2004) verwendet. Die Beantwortung der Fragestellung stellt den Abschluss des Diskussionsteils dar.

5.1 Kritische Würdigung

Die Studien wurden zwischen 2013 und 2014 in den USA und Australien erstellt, was bei einer potenziellen Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Schweiz zu bedenken wäre. Das *Forschungsziel* ist bei allen Untersuchungen klar definiert, wobei die Forschungsfragen nicht transparent dargestellt wurden. Die Untersuchungsziele unterschieden sich bei allen Studien. Foureur et al. (2013) führten eine Pilotstudie eines achtsamkeitsbasierten Programms durch, McDonald et al. (2013) untersuchten die Effekte eines arbeitsplatzbezogenen Schulungsprogramms, Potter et al. (2013) evaluierten ein Programm betreffend der arbeitsplatzbezogenen Ermüdung und Resilienz. Mealer et al. (2014) forschten im Bereich der Durchführbarkeit und Akzeptanz eines Resilienz Trainingsprogramms. Alle Forschenden nutzten das Resilienz Modell als *Grundlage* ihrer Untersuchung. Der *Rekrutierungsprozess* wurde bei allen Studien nicht vollständig beschrieben oder begründet, was deren Objektivität einschränkt. Die *Population* ist aufgrund der kleinen Stichproben zwischen 13 bis 40 Teilnehmenden bei keiner Studie repräsentativ. Von Mealer et al. (2014) wurden Pflegende auf einer Intensivstation (IPS) untersucht und Potter et al. (2013) beschränkten sich auf Pflegende der Onkologie. Foureur et al. (2013) und McDonald et al. (2013) untersuchten lediglich weibliche Pflegende und Hebammen, was die Übertragbarkeit in die Praxis auf Grund der Homogenität der Teilnehmenden erschwert. *Verzerrungen* sind bei allen Studien erkennbar, da sich die Teilnehmenden für die Studie melden konnten und daher möglicherweise für die angebotenen Programme eher zugänglich waren. Mealer et al. (2014) beschreibt dies als Grund für die hohe Bewertung der posttraumatischen Symptome. Bezüglich der *Methodik* sind bei allen Studien Lücken zu erkennen, was Unklarheiten entstehen lässt, wie etwa bei McDonald et al. (2013). Zudem besteht bei genannter Studie die Gefahr der Intersubjektivität, da die Studienleiterin gleichzeitig auch die Gruppenleiterin der Intervention war. Weiter wurde die Rolle der Forschenden nicht

Rahel Zweifel

beschrieben, obwohl dies beim gewählten Ansatz relevant wäre. Letzteres trifft zudem bei Foureur et al. (2013) zu. Mealer et al. (2014) und Foureur et al. (2013) verfolgten einen gemischten Ansatz. Dies ermöglichte eine umfassende Untersuchung. Das *Studiendesign* von McDonald et al. (2013) lässt zu, dass die Effekte der Intervention bezüglich der Empfindung der Population als Gruppe und als Individuen untersucht werden konnten. Die Vorgehensweise von Mealer et al. (2014) und Foureur et al. (2013) ermöglichte eine umfassende Darstellung des Forschungsgegenstandes, da qualitative und quantitative Ansätze kombiniert wurden. Die verwendeten *Messinstrumente* sind von allen Forschenden als reliabel und valide eingeschätzt und sinnvoll angewendet worden. Die *Aussagekraft* der Studie ist bei McDonald et al. (2013) auf Grund der rein qualitativen Vorgehensweise eingeschränkt. Sie wollten die Effekte der Intervention untersuchen, wobei ein gemischter Ansatz für die Untersuchung der Thematik umfassender gewesen wäre. Die Kombination mit einem Follow-up würde sinnvoll erscheinen, um den Langzeit Effekt der Intervention zu beweisen. Foureur et al. (2013) hatten eine geringe Rücklaufquote ihrer Daten in der Erhebung nach der Intervention zu verzeichnen. Dies schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich ein. Die Studien von Foureur et al. (2013) und Mealer et al. (2014) wurden als Pilotstudien angelegt und sind deshalb in der Stärke der Evidenz eingeschränkt. Alle Forschenden haben mit ihren kleinen Stichproben Probleme, die ganze Auswirkung der Intervention zu belegen. In Tabelle 6 ist die Beurteilung der Qualität der Studien dargestellt.

Tabelle 6: Qualität der Studien

Autoren	Stärken	Schwächen	Evidenzlevel	Glaubwürdigkeit
Mealer, M. et al. (2014)	- qual.A.+quant.A. - klare Ergebnisse - Transparenz	- wenig signifikante Resultate - Pilotstudie - Verzerrungen vorhanden	- Original Studie	5
McDonald, G. et al. (2013)	- Datenmenge - Intervention - Transparenz	- Subjektivität - Lückenhaft - Aussagekraft	- Original Studie	4
Foureur, M. et al. (2013)	- qual.A.+quant.A. - Ergebnisse - Herleitung Thematik	- Nachvollziehbarkeit - Pilotstudie - Interpretation der Ergebnisse - Intervention	- Original Studie	3
Potter, P. et al. (2013)	- Design - Transparenz - Herleitung Thematik	- Aussagekraft - Lückenhaft - Intervention	- Original Studie	3

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009); Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung) nach Behrens, J. und Langer, G. (2016), Bewertung 1 (Min.) bis 6 (Max.); qual.A.: qualitativer Ansatz, quant.A.: quantitativer Ansatz

5.2 Vergleich der Interventionen

In folgendem Abschnitt werden die Ansätze der Forschenden einander gegenüber gestellt. Somit lässt sich analysieren, welche Komponenten die Studien enthalten.

Die Ansätze von Mealer et al. (2014) und Foureur et al. (2013) lassen sich als «achtsamkeitsbasiert» bezeichnen. Die Studien von McDonald et al. (2013) und Potter et al. (2013) werden als «resilienzbasierend» bezeichnet.

Achtsamkeitsbasiert

Die Studien von Mealer et al. (2014) und Foureur et al. (2013) sind achtsamkeitsbasiert haben den Ansatz «mindfulness-based stress reduction» (MBSR) gemeinsam. Foureur et al. (2013) nutzten das grundlegende Vorgehen aus der «Acceptance and Commitment Therapy» von Bach und Hayes (2002) und dem MBSR Ansatz von Kabat-Zinn (2003), wohingegen Mealer et al. (2014) thematisch passende Studien als Grundlage angeben. Zudem ist ihre Intervention multidimensional, was die Abgrenzung bezüglich des Ansatzes erschwert.

Beide Forschungsteams starteten das Programm mit Schulungsworkshops, welche sich in der Länge und in der Expertise der leitenden Personen unterscheiden. Foureur et al. (2013) nutzten Diskussionen in Kleingruppen, Übungen und Präsentationen durch die leitende Person. Mealer et al. (2014) wendeten die letzten zwei Methoden an, um ihre Themen zu erläutern. In der Themenauswahl ist lediglich eine Gemeinsamkeit ersichtlich: Stress am Arbeitsplatz. Beide Forschungsteams überlassen das eigene Üben den Teilnehmenden, wobei dieses sich bei Foureur et al. (2013) lediglich auf tägliche Achtsamkeitsübungen beschränkt. Die Anwendung von wenigen Komponenten der Intervention kann zudem durchaus sinnvoll sein. Dies soweit zum Thema der Überprüfung der Wirksamkeit der einzelnen Interventionen.

Bei Mealer et al. (2014) fließen drei Komponenten mit ein, welche insgesamt sieben Mal pro Woche während der Interventionszeit von zwölf Wochen durchgeführt werden sollten. Es ist ersichtlich, dass Mealer et al. (2014) eine deutlich detailliertere Beschreibung der Intervention liefern, was die Nachvollziehbarkeit und eine mögliche Übertragbarkeit in die Praxis erhöht. Bei Foureur et al. (2013) hingegen ist diese aufgrund der mangelnden Beschreibung der einzelnen Inhalte stark eingeschränkt.

Resilienz basiert

Die Studien von McDonald et al. (2013) und Potter et al. (2013) haben das Resilienz Modell als grundlegenden Ansatz. Die Vorgehensweise bei McDonald et al. (2013) unterscheidet sich dabei gänzlich von der von Potter et al. (2013). Es besteht lediglich eine Übereinstimmung in den behandelten Themen oder Zielen: «Verbindung zu Personen im Umfeld» (Potter et al., 2013), «positive, nährenden Beziehungen», sowie «soziales Netzwerk» (McDonald et al., 2013). Die Art der Intervention unterscheidet sich bei McDonald et al. (2013), da es sich um einen Workshop und ein Mentoren-Programm handelt. Bei Potter et al. (2013) wurde ein Workshop, eigenes Üben in Kombination mit einem Retreat angewendet.

Bei Potter et al. (2013) fanden die Treffen lediglich alle sechs Wochen statt zu einer 90-minütigen Sitzung. McDonald et al. (2013) hingegen investierten einen ganzen Tag einmal im Monat. Bei beiden Interventionen sind Lücken in der Beschreibung vorhanden, dies hängt davon ab, dass eine Vorläuferstudie als Grundlage dient. Die Studie von McDonald et al. (2013) wurde im Jahr 2011 erstellt. Sie zielte auf die Darstellung der pädagogischen Vorgehensweise ab.

Achtsamkeitsbasiert versus resilienzbasiert

Alle vier Studien haben multidimensionale Komponente. Die Interventionen von Potter et al. (2013) und Foureur et al. (2013) lassen sich durchaus miteinander vergleichen. Beide Studien beinhalten weniger Komponente als bei denen von McDonald et al. (2013) und Mealer et al. (2014). Dabei liegt der Vorteil in der Umsetzbarkeit sowie dem Nachweis der Wirkung des Effekts. Zudem haben beiden Studien folgende Themen gemeinsam: expressive Interventionen, Entspannungsübungen und Reflektion. Bei Foureur et al. (2013) und Potter et al. (2013) konnten keine Gemeinsamkeiten bezüglich der durchgeführten Interventionen festgestellt werden.

5.3 Verknüpfungen der Interventionen mit den Modellen

Im Rahmen dieser Bachelorthesis kann folgender Bezug zwischen den Modellen Salutogenese und Resilienz und den Interventionen hergestellt werden. Die Ziele und Themen der Interventionen setzen bezüglich dem Salutogenese Modell bei der Spannungsbewältigung an. Dies setzt Mealer et al. (2014) mittels MBSR, Humor und Entspannungstechniken um. McDonald et al. (2013) nutzten Letzteres. Das Stärken des Kohärenzgefühls bezüglich der *drei Komponenten* nach Antonovsky ist an der Nutzung von folgenden Interventionen ersichtlich:

- Die *Verstehbarkeit* wird durch Selbstevaluation und Selbstpflege, wie von Potter et al. (2013) und McDonald et al. (2013) beschrieben gefördert. Dies in Kombination mit der Auseinandersetzung und Reflexion von Ereignissen.
- Mittels Anwendung von MBSR bei Mealer et al. (2014) und Foureur et al. (2013) und Selbstevaluation bei Potter et al. (2013), McDonald et al. (2013) und Mealer et al. (2014) wird *die Bedeutsamkeit* verstärkt.
- Die Förderung der *Handhabbarkeit* wird durch die Übung und Anwendung der einzelnen Punkte erreicht.

Das Ziel der Salutogenese ist es, die Position im «Gesundheits-Krankheits-Kontinuum» auf der Seite der Gesundheit zu festigen (Büssers, 2009). Die in den vier Studien beschriebenen Interventionen haben durch die Resilienz fördernden Interventionen die Gesundheitserhaltung und -förderung zum Ziel. Dabei steht die Förderung der Schutzfaktoren, Ressourcen und Bewältigungsstrategien im Vordergrund. Das Ziel des Resilienz Prozesses ist es, eine effektive Bewältigung des Stressors zu erreichen (Siegrist, 2010). Die unterschiedlichen Komponenten der Interventionen zeigen, dass die Forschenden unterschiedliche Verständnisse von Resilienz Förderung haben. Dies bestätigt die Aussage von Siegrist (2010). Es zeigt die Komplexität des Konzepts und dessen Unvollständigkeit (Bengel et al., 1999). Alle Studien beziehen sich auf die Förderung der Schutzfaktoren und der Ressourcen, was die Aussagen von Bengel et al. (2012) und Richter et al. (2010) unterstützt.

5.4 Theorie-Praxis-Transfer

Um die Theorie mit der Pflegepraxis zu verbinden werden die ursprünglichen Säulen «Patientenexpertise», sowie «klinische Erfahrung» nach Rycroft-Melone et al. (2004) zusammengefasst. Sie sind an die Population «Pfleger*innen» adaptiert (Abbildung 6). Nachfolgend sind die einzelnen Säulen beschrieben.

Abbildung 6: Adaptiertes «4-Säulen» Modell von Rycroft-Melone et al. (2004)



Eigene Darstellung

Forschung

Foureur et al. (2013) fordern die Eingliederung von MBSR in den Pflegealltag. McDonald et al. (2013) sehen die Rolle der Gesundheitsorganisationen und deren Willen zur Implementierung von einem Resilienz Programm in die Ausbildung, als eine mögliche Strategie zur Verminderung von Unzufriedenheit am Arbeitsplatz. Potter et al. (2013) betonen, dass die Widerstandsfähigkeit von Pflegenden gefördert werden muss, damit sie die Stressoren im Pflegealltag effektiv bewältigen können.

Perspektive der Pflegenden und klinische Expertise

Die Resilienz Trainerin und diplomierte Pflegefachfrau Regula Bögli beschreibt die Pflege als eine Berufsgruppe, welche sich fortlaufend neu erfindet und trotzdem ein geringes Selbstbewusstsein hat. Dasselbe sei bezüglich der Selbstwirksamkeit zu beobachten, da einigen Pflegenden das Selbstvertrauen fehlt. Laut Bögli müsste eine Resilienz stärkende Intervention beinhalten, dass das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit der

Pflegenden gestärkt werden. Die Expertin betont, eine optimistische Grundhaltung und Humor seien eine Übungssache. Dies könne durch das Führen eines «Glücks- oder Erfolgstagebuch[s]» gefördert werden. Es soll helfen, mit belastenden Situationen umzugehen, wobei sie auf die Forschung des expressiven Schreibens verweist. Schon bei 15 Minuten schreiben könne sich innerlich viel bewegen, wenn Gefühlen Platz gegeben werden und die Belastung beschrieben wird. Ergänzend kann der Tag mit einer an sich selbst gerichteten Frage starten, wie etwa: «Worauf freust Du dich heute am meisten?». Bei Arbeitsende kann die Frage sein: «Worauf bist Du heute besonders stolz oder wofür besonders dankbar?». Bögli verweist dabei auf die Dankbarkeit als wichtige Komponente bei der Förderung von Resilienz. Zudem betont sie die Förderung vom Bewusstsein der eigenen Stärken und Eigenschaften des Charakters. Das allgemeine Stärken der Menschen sei essentiell, statt der Orientierung an ihren Defiziten. Speziell im Pflegeberuf werden Eigenschaften wie «Engagement, Empathie, Idealismus und eine langfristige Beziehungsfähigkeit zu anderen Menschen» (Interview mit Bögli, R., 2018) von den Pflegenden verlangt. Deshalb müssen diese gestärkt werden, um die geforderten Eigenschaften und die Freude aufrechtzuerhalten. Dort sieht die Expertin den Auftrag der Resilienz Förderung bei Pflegenden. Es sei gefordert, dass die positive Psychologie und Programme zur Förderung von Resilienz in den Pflegealltag integriert werden. Sie betont jedoch, dass dies nicht die Lösung für die Probleme im Gesundheitsbereich sei, wie etwa der Mangel an Fachkräften (ebd).

Kontext

Der schweizerische Berufsverband der Pflegefachpersonen (SBK) fordert die Erstellung eines neuen Verfassungsartikels. Diesen verpflichten Bund und Kantone genügend Pflegenden zur Verfügung zu stellen, um eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten und somit den Mangel an Fachkräften einzudämmen. Durch attraktivere Arbeitsbedingungen, Weiterbildungen und familien-freundlichere Arbeitsmodelle soll erreicht werden, dass Pflegenden im Beruf bleiben und Personen in den Beruf einsteigen. Die Initiative soll eine effizientere, stärkere Pflege schaffen, durch die direkte Abrechnung mit den Krankenkassen. Dies soll Kosten einsparen. Somit stellt der Berufsverband eine Möglichkeit auf politischer Ebene dar, um den Fachkräftemangel und die Unzufriedenheit der Pflegenden bezüglich der Arbeitsbedingungen zu vermindern. Bezüglich der Gesundheitsförderung wurden 2016 entsprechende Massnahmen in 71 Prozent der Betriebe in der Schweiz umgesetzt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2016). Auf Grund Rahel Zweifel

mangelnder Ausführungen wird offen gelassen, welche Branchen dies betrifft. Somit können für diese Arbeit keine Schlüsse gezogen werden, inwiefern die Gesundheit der Pflegenden in der Schweiz gefördert wird.

5.5 Beantwortung der Fragestellung

In dieser Bachelorarbeit wurden mögliche evidenzbasierte Interventionen zur Förderung der Resilienz von Pflegenden im Umgang mit psychosozialen Belastungen im Akutspital anhand der systematisierten Literaturrecherche gefunden. Jedoch zeigte sich, dass die Fragestellung nicht ganzheitlich beantwortet werden kann. Dies beruht auf den oft nicht signifikanten Ergebnissen der Studien bei wichtigen Parametern wie dem Resilienz Score, der qualitativen Mängel, sowie der eingeschränkten Vergleichbarkeit untereinander. Dies ist auf die unterschiedlichen Komponenten der Interventionen zurückzuführen. Die Ergebnisse der Studien sind nicht repräsentativ betreffend die kleinen, oft homogenen Stichproben, was die Übertragbarkeit in die Praxis massiv erschwert. Somit ist eine direkte Umsetzung im Pflegealltag nicht möglich. Folgende Erkenntnisse können aus der Bearbeitung abgeleitet werden: Im direkten Vergleich der Interventionen, der aktuellen Literatur und der Meinung der Resilienz Expertin ist ersichtlich, dass eine Resilienz stärkende Intervention multidimensional sein muss, allein aufgrund der Vielschichtigkeit des Konzepts. Mealer et al. (2014) warnen vor der Komplexität der Intervention im Hinblick auf die Umsetzbarkeit. Die Literatur ist sich einig, dass Merkmale von Resilienz lernbar sind (McAllister et al., 2013; Seligmann, 1998). Dies bestätigt den Einsatz eines Trainingsprogrammes. Die Leitung des Programms nimmt dabei eine wichtige Rolle ein, wobei eine Person mit entsprechender Ausbildung eingesetzt werden muss. Auf diese Komponente wurde in der Literatur keinen Bezug genommen. Eine Intervention sollte das Ziel haben, die Ressourcen der Teilnehmenden zu stärken (Richter et al., 2010). Inhaltlich müsste sie folgende Komponenten enthalten: eine klare Struktur, angelehnt an die Konzepte der positiven Psychologie nach Seligmann, Resilienz und einen MBSR-Ansatz. Diese werden kombiniert mit dem expressiven Schreiben, wie es von Mealer et al. (2014), McDonald et al. (2013) und von der Expertin empfohlen wird. Es kann ein «Glücks- oder Erfolgstagebuch» geführt werden. Dies fördert, laut der Expertin, die Entwicklung von Optimismus und der Anerkennung von eigenen Stärken. Die Auseinandersetzung und Reflexion von selbstbezogenen Kognitionen, Emotionen und Ereignissen scheint wichtig. Bei Mealer et al. (2014) und Potter et al. (2013) konnten somit die Werte der posttraumatischen Belastungsstörung, Überregung und Gefühle von Verdrängung

Rahel Zweifel

signifikant reduziert werden. Emotionale Selbstregulation durch Entspannungstechniken zur Reduktion von Stress wurde als signifikant beschrieben. Bei allen Studien wurde die Selbstpflege miteinbezogen, deren Inhalt, Auswirkungen oder Effekt nicht genauer untersucht wurden. Dennoch scheint der Einbezug von Selbstpflege als sinnvoll für Pflegende. Dies bezüglich der Regeneration von Energien (Potter et al., 2013). Weiter ist das Aufrechterhalten von sozialen Netzwerken wie Beziehungen in den Familien oder im Beruf wichtig. Es schafft eine Verbindung und ermöglicht einen gegenseitigen Austausch (Mealer et al., 2014). Das Bewusstsein der Selbstverantwortung scheint dabei in jeder Komponente mitzuwirken. Aus der Literatur ist abzuleiten, dass der Einsatz eines Resilienz Trainings am Arbeitsplatz alleine nicht ausreicht, um Pflegende vom Austreten aus dem Beruf abzuhalten. Gefordert sind politische und institutionelle Änderungen, wofür sich der SBK mit ihrer Pflegeinitiative einsetzt.

6 Schlussfolgerungen

Im folgenden Abschnitt werden Empfehlungen für die Pflegenden abgegeben. Diese leiten sich aus der Bearbeitung der Literatur ab. Sie orientieren sich an der «6-W» Regel (Müller-Staub, 2012) und sind in Tabellen 7 bis 9 ersichtlich. Der weitere Forschungsbedarf wird anschliessend dargelegt.

6.1 Empfehlungen für die Pflegenden

Anhand der Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich Empfehlungen für die Pflegenden ableiten. Diese berücksichtigen die mögliche Umsetzbarkeit in der Praxis, auf Grund der mangelnden Nachweise bezüglich der Effekte der einzelnen Komponenten.

Im Anhang 9 sind detaillierte Anleitungen zu den einzelnen Themen nachzulesen.

Achtsamkeit, MBSR

Achtsamkeit kann in jedem Moment gelebt werden. Es braucht lediglich die Steuerung der Aufmerksamkeit auf den präsenten Moment. Dies können zwei Sekunden oder 20 Minuten sein. Dazu kann die Bodyscan Methode oder die sitzende Meditation zur Selbstregulation angewendet werden, wie in der Studie von Mealer et al. (2014) beschrieben.

Tabelle 7: «6-W» Regel bezüglich Achtsamkeit

«6-W»	Intervention
Wer?	Pflegende
Wann?	Zu jedem Zeitpunkt, wenn das Bedürfnis nach Regulation besteht
Was?	Boden unter den Füssen-, Schwere des Körpers-, alle Empfindungen wahrnehmen
Wo?	In jedem Moment, in jeder Situation möglich
Wie?	Aufmerksamkeit auf den gewünschten Körperteil oder auf die Atmung legen
Wie lange?	Situationsabhängig

Expressives Schreiben

Die Reflexion von Erlebnissen findet anhand eines Tagebuchs statt. Dabei ist es wichtig, die Gefühle und Gedanken offen und ehrlich darzulegen, um diese in die Lebensgeschichte einzuordnen (Vopel, 2006). So kann eine Auseinandersetzung mit selbstbezogenen Kognitionen und Emotionen stattfinden. Es ermöglicht, Denkmuster zu identifizieren und Gedanken zu beobachten (Siegrist, 2010).

Bögli beschreibt die Anwendung eines «Glücks- und Erfolgstagebuch[s]», welches eine optimistische Grundhaltung fördern kann.

Tabelle 8: «6-W» Regel bezüglich expressives Schreiben

«6-W»	Intervention
Wer?	Pflegende
Wann?	Beim Bedürfnis zur Reflexion
Was?	Offen und ehrlich die Ereignisse niederschreiben, ohne Rücksicht
Wo?	Zu Hause, in der Mittagspause, an einem Wohlfühl-Ort
Wie?	Anleitung im Anhang ersichtlich
Wie lange?	Bedürfnisabhängig

Kognitive Vorgänge

Die Interventionen beinhalteten den Austausch mit Berufskolleginnen- oder -kollegen. Dies scheint in der Verarbeitung von Erlebnissen essentiell. Im Pflegealltag kann dafür mittels einer Fallbesprechung Platz eingeräumt werden. Ein Austausch fördert die Kommunikation, den Teamgeist, Humor und emotionale Unterstützung untereinander.

Tabelle 9: «6-W» Regel bezüglich sozialer Austausch

«6-W»	Intervention
Wer?	Pflegende
Wann?	Während oder nach einer herausfordernden Situation
Was?	Fallbesprechung oder spontaner Austausch
Wo?	In einem geschützten Rahmen, z.B. Sitzungsraum
Wie?	Offener Austausch von Beobachtungen, Empfindungen und Haltung
Wie lange?	Ressourcenabhängig

6.2 Empfehlungen für die Pflegeforschung

Der Forschungsbedarf im Bereich Resilienz Förderung bei Pflegenden ist anhand der systematisierten Literaturrecherche ersichtlich geworden. Alle Studien sind von 2013, abgesehen der von Mealer et al. aus 2014, was den Forschungsstand zu dieser Zeit aufzeigt. Es sind wenige Studien vorhanden, welche die Thematik untersuchen, wobei signifikante Ergebnisse zu wichtigen Parametern bisher ausblieben. Aktuellere Forschungen befassen sich nicht mit der Thematik bezüglich der Fragestellung. Somit besteht der Forschungsbedarf mit Betonung auf arbeitsplatzbezogenes Resilienz Training mit dem Nachweis eines Langzeiteffekts. In den eingeschlossenen Studien wurden Resilienz Programme ergänzend zum Pflegealltag durchgeführt. Es wird nicht beschrieben welche spezifischen Übungen die Teilnehmenden im Pflegealltag anwenden können. Weitere Untersuchungen mit signifikanten Ergebnissen bezüglich der Effekte der

Interventionen sind ausstehend. Zudem wurden bisher die Programme mit multidimensionalen Ansätzen untersucht. Demnach wäre es essentiell, einzelne Komponenten der Interventionen zu untersuchen und so ein evidenzbasiertes Programm zu erstellen.

Spannend wäre die Untersuchung des Effekts, wenn eine Resilienz Fachperson im Betrieb aktiv Workshops durchführen würde. Zudem scheint essentiell, die Auswirkungen und Effekte auf die Pflegenden, die Patientinnen und Patienten, die Pflegequalität und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu untersuchen. Die Forschung müsste zudem auf den ambulanten Bereich, die Langzeit und Spitex ausgeweitet werden, da in verschiedenen Bereichen unterschiedliche Bedürfnisse und Schwerpunkte der Belastung bestehen.

7 Limitationen der Bachelorarbeit

Die Aussagekraft der Arbeit ist auf Grund der Methodik massiv eingeschränkt. Die in der Recherche identifizierten Interventionen zur Stärkung der Resilienz von Pflegenden konnten nicht auf die Pflegepraxis übertragen werden. Der Grund dafür liegt in der kaum vorhandenen signifikanten Evidenz. Dies kann durch das junge Forschungsfeld, die Komplexität des Modells und die kaum verbreitete Anwendung erklärt werden. Es wurden Studien mit unterschiedlichen Forschungszielen und gemischten Designs eingeschlossen, was einen Vergleich untereinander erschwerte. Die Studien sind teilweise nicht aussagekräftig und somit sind deren Ergebnisse nicht in die Praxis übertragbar. Ergänzend zur Recherche wurde lediglich eine Expertinnen Meinung einbezogen.

Literaturverzeichnis

- Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jäckel, D. & Paignon, A. (2016). «nurses at work» – Studie zu den Laufbahnen im Pflegeberuf über die letzten 40 Jahre in der Schweiz. *Obsan Bulletin*, 8. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Aiken, L. H., Clarke, S., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing, and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Antonovsky, A. (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt.
- Arvey, C.G. (2018). Körper und Seele. *Psychologie Heute* 52, 72-75. Weinheim: Beltz.
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter*. Band 43. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Behrens, J. & Langer, G. (2016). Evidence based Nursing and Caring. 4. Auflage. Bern: Hogrefe.
- Bossinger, W. (2018). Körper und Seele. *Psychologie Heute* 52, 70-71. Weinheim: Beltz.
- Bruland, D. & Schulz, M. (2010). Gesundheitsförderung bei Pflegekräften. *Psych Pflege* 16, 293-297.
- Büssers, P. (2009). Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Eine Perspektive für die Gesundheitsbildung. Universität zu Köln. Heruntergeladen von <http://www.peterbuessers.de/studium/salutogenese.pdf> am 24.20.2017
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R.B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs*, 12(4), 99-101.
- Esch, T. (2017). Körper und Seele. *Psychologie Heute* 52, 67-69. Weinheim: Beltz.
- Flick, U., Kardorff, U. & Steinke, I. (2010). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.

- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N. & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse (2013)*, 45, 114-125. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.114.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2016). Heruntergeladen von <https://gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement/studien-wirkung-bgm/standard-titel.html> am 29.03.2018.
- Hahn, S. (2017). *Therapeutische Umschau*, 74 (1), 813-818. Heruntergeladen von <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000867> am 27.03.2018.
- Köllner, V. (2015). Psychisch krank in der Pflege- Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation. *WISO direkt. Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik*. Heruntergeladen von <http://www.library.fes.de/pdf-files/wiso/11244.pdf> am 07.12.2017
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London/New Delhi: Sage.
- Lobsiger, M., Kägi, W. & Burla, L. (2016). Berufsaustritte von Gesundheitspersonal. *Obsan Bulletin*, 7. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- McAllister, M., Lowe, J.B. (2013). Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden. 1. Auflage. Bern: Huber.
- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L. & Vickers, M. (2013). Personal resilience in nurses and midwives: Effects of a work based educational intervention. *Contemporary Nurse (2013)*, 45, 134-143. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.134.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American journal of critical care (2014)*, 23, 97-105. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2014747>
- Merçay, C. & Grünig, A. (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Zukünftiger Bedarf bis 2030 und die Folgen für den Nachwuchsbedarf. *Obsan Bulletin*, 12. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Müller-Staub, M. (2012). Anwendung des Pflegeprozesses: Implikationen für Führungspersonen. In Poser, M. (Hrsg.), *Lehrbuch Stationsleitung: Pflegemanagement für die mittlere Führungsebene im Krankenhaus*. Bern: Hogrefe.

- Nolte, A. (2018). Körper und Seele. *Psychologie Heute* 52, 76-77.
Weinheim: Beltz.
- Potter, P., Deshields, T., Allen Berger, J., Clarke, M., Olesen, S. & Chen, L. (2013).
Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses.
Oncology Nursing Forum (2013), 40, 180-187.doi:10.1188/13.ONF.180-187
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*.
Heidelberg: Springer.
- Richner, D. & Heckemann, B. (2014). Resilienz bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen.
Bedarfsermittlung und Schulung im Umgang mit psychosozialen Belastungen am
Arbeitsplatz. Berner Fachhochschule.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal
eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge
Departement 1 Gesundheit ZHAW.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2013). Übersicht
heutige und altrechtliche Ausbildungen im Bereich des Gesundheitswesens.
Heruntergeladen von
https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/bildung/karriere_in_pflege/docs/2013_10_02_Uebersicht_neue_und_altrechtliche_Ausbildungen.pdf am 26.09.2017
- Siegrist, U. (2010). Der Resilienzprozess. Ein Modell zur Bewältigung von
Krankheitsfolgen im Arbeitsleben. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Staatssekretariat für Wirtschaft (2014). Psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz.
Heruntergeladen von
https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschuren/psychosoziale-risiken-am-arbeitsplatz.html am 26.09.2017
- Staatssekretariat für Wirtschaft (2014). Schutz vor psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz.
Heruntergeladen von
https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschuren/schutz-vor-psychosozialen-risiken-am-arbeitsplatz---information.html am 26.09.2017
- Steinke, I. (1999). Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. München: Juventa.
- Vopel, K.W. (2006). Expressives Schreiben. Ein Programm zur seelischen Immunisierung.
1. Auflage. München: Iskopress.

Welt Gesundheitsorganisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

Heruntergeladen von

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

am 26.09.2017

Wustmann, C. (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Salutogenese, Gesundheitsförderung und Resilienz	8
Abbildung 2: Salutogenese Modell nach Bengel, J. et al. (2012, zit. Antonovsky, S.19)	11
Abbildung 3: Resilienz Prozess angelehnt an Wustmann (2004)	14
Abbildung 4: Flow-Chart	19
Abbildung 5: «6-S» Pyramide nach DiCenso et al. (2009)	20
Abbildung 6: Adaptiertes «4-Säulen» Modell von Rycroft-Melone et al. (2004)	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schutzfaktoren (zit. nach Bengel et al., 2012, S.45)	13
Tabelle 2: Keywords	17
Tabelle 3: Einschlusskriterien für Studien	18
Tabelle 4: Übersicht der Studien	22/23
Tabelle 5 : Übersicht der Inhalte der Interventionen	24/25
Tabelle 6: Qualität der Studien	33
Tabelle 8: «6-W» bezüglich Achtsamkeit	40
Tabelle 9: «6-W» bezüglich expressives Schreiben	41
Tabelle 10: «6-W» bezüglich sozialer Austausch	41

Anzahl Wörter

Abstract:	199
Arbeit:	7'743 (versteht sich ohne Abstract, Inhalts-, Literatur-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang)

Danksagung

Mein herzlichster Dank geht an meine Eltern für die multidimensionale Unterstützung während des Studiums. Doris Ruhmann danke ich für die kompetente Begleitung, die motivierenden Worte und die Hinweise. Danke Regula Bögli für die fachliche Beratung, die schnelle Beantwortung der Emails und Deine stärkenden Worte. Michael Stäheli - vielen Dank für die Korrektur und Deine Anregungen. Danke Sara Zweifel für die Verbesserungsvorschläge und unsere Diskussionen, welche zur Klarheit bezüglich der empirischen Forschung beigetragen haben. To my lovely fiancé: a massive 'thank you' for your understanding and your emotional support.

Ein Dank geht an mich selber, weil du dich der Herausforderung gestellt, nicht aufgegeben und die Verantwortung für dich selbst übernommen hast. Resilienz pur!

Mit eurer Unterstützung konnte ich die Puzzleteile der Bachelorarbeit zusammensetzen.

Eigenständigkeitserklärung

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe».



Zürich, 11. April 2018

Rahel Julia Zweifel

Anhang

1. Glossar

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Die ACT strebt Strategien bezüglich Akzeptanz, Achtsamkeit, Verhaltensänderung und des Selbstbestimmten Handelns an. Das Ziel ist eine Erhöhung der psychischen Flexibilität zu erreichen. «Psychische Flexibilität bedeutet, dass eine Person in vollem Kontakt mit dem gegenwärtigen Moment steht und ihr Verhalten ändern oder beharrlich beibehalten kann – je nachdem, was die aktuelle Situation und die selbst gesetzten wertebezogenen Ziele erfordern» (Hayes et al., 2006).

Heruntergeladen von: <http://www.akzeptanz-commitment-therapie.de/act/ueberact.html>

Positive Psychologie

Nach Seligman, M. (1990) entstehen positive Empfindungen nicht von selbst, sie müssen aktiv geschaffen werden. Glück und die Freunde am Leben hängen von einer optimistischen Grundhaltung ab. Mittels ressourcenorientierten Vorgehen soll die Stärkung von Lebensfreude erreicht und somit die Lebensqualität erhöht werden.

Heruntergeladen von: <http://www.mfgschwind.ch/blog/was-ist-positive-psychologie>

Traumatherapie

Traumatische Erlebnisse werden als belastende Erfahrungen beschrieben, die nicht von der Person selbst verarbeitet werden können. Einige Menschen entwickeln daraus eine posttraumatische Belastungsstörung. Diese beinhaltet das Vorkommen von Erinnerungen als „Flash-backs“ und in Träumen. Zudem versucht die betroffene Person die Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis zu vermeiden. Daraus ergeben sich Erregungszustände, reduzierte Konzentration und Angst.

2. Zeitmanagement

Zeitspanne	Inhalt
25.09.2017 – 26.10.2017	Erstellung des Exposé
27.10.2017	Exposé einreichen
01.11.2017 – 1.12.2017	Arbeit an Leistungsnachweis Fam.zentrierte Pflege
04.12.2017 – 15.12.2017	Überarbeiten Expose & Theoretischer Hintergrund
18.12.2017 – 21.12.2017	Literaturrecherche, Analyse, Material eingrenzen, Flow Chart
27.12.2017 – 12.01.2018	EMED
15.01.2018 – 26.01.2018	Palliative Care Block
18.02.2018 – 03.03.2018	Critical appraisal der Studien
04.03.2018 – 17.03.2018	Rohfassung schreiben
30.03.2018	Feedback zur Struktur (M. Stähli), Feedback zum Inhalt (R. Bögli), Feedback zur Rechtschreibung (Lektorat)
05.04.2018 – 09.04.2018	Überarbeitung
11.04.2018	Druck und binden der Arbeit
12.04.2018	Abgabe

3. Ressourcen

Feedback zur Rechtschreibung und Orthografie	Lektorat
Feedback zur Struktur	Michael Stäheli, Journalist
Feedback zum Inhalt	Regula Bögli, CAS Resilienz, PH Zug, Dipl. Resilienztrainerin CZO
Aspekte rund um das Verfassen der Bachelorarbeit	Lerngruppentreffen der ZHAW
Spezifische Fragen	Doris Ruhmann, Begleitperson der ZHAW

4. Differenzierung der Berufsbezeichnungen

Berufsbezeichnungen der Pflegepersonen (SBK, 2013)

Tertiärstufe A	Master of Science in Nursing Master of Science in Pflege Bachelor of Science in Nursing Bachelor of Science in Pflege
Tertiärstufe B	Dipl. Pflegefachfrau/-mann höhere Fachschule
Sekundarstufe II	Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ Fachfrau/-mann Betreuung EFZ Assistent/-in Gesundheit und Soziales

5. Übersicht Suchverlauf

Zusammenfassung der Suche auf „Pubmed“ im Dezember 2017

Nr.	Suchbegriffe	Abstracts	Abstracts gelesen	relevante Artikel	Eingeschlossene Artikel
1	((resilience interventions) AND nurses) AND acute hospital	7	0		
2	((promotion) AND resilience) AND nurses	21	2	0	
3	(generalized resistance resources) AND nurses	5	1	0	
4	((resilience) AND nurses) AND promotion	21	2	0	
5	resilience interventions	3'232			
6	((resilience) AND interventions) AND for nurses	181	15	7	Mealer, M. et al. (2014) Foureur, M. et al. (2013) Chesak, SS. et al. (2015) McDonald, G. et al. (2013) Klatt, M. et al. (2015)
7	resilience interventions for nurses Filters: Abstract; Free full text	39	7	4	Mealer, M. et al. (2014) Foureur, M. et al. (2013) Chesak, SS. et al. (2015) McDonald, G. et al. (2013) Klatt, M. et al. (2015)
8	resilience interventions for nurses Filters: Abstract; Full text; published in the last 10 years	155	14	4	0
9	(resilience promotion) AND nurses	21	1	0	
11	(generalized resistance resources) AND nurses	5	1	0	
12	((((resilience) AND interventions) AND for nurses) AND acute hospital	7	0		

Zusammenfassung der Suche auf "CINAHL" im Dezember 2017

Nr.	Suchbegriffe	Abstracts	Abstracts gelesen	relevante Artikel	Eingeschlossene Artikel
1	resilience AND intervention for AND nurses	114	2	1	McDonald, G. et al. (2013)
2	workplace adversity AND intervention AND for nurses	6	2	1	McDonald, G. et al. (2012)
3	work-based intervention AND resilience AND for nurses	0			
4	intervention AND hardiness AND for nurses	122	3	0	
5	resilience-enhancing AND initiatives AND for nurses	4	1	1	McDonald, G. et al. (2016)
6	resilience training AND intervention AND nurse	13	5	1	Mealer, M. et al. (2014) McDonald, G. et al. (2013)
7	resilience education AND intervention AND nurses	37	7	1	McDonald, G. et al. (2013)
8	resilience AND training AND nurses	0			

Zusammenfassung der Suche auf "PsycInfo" im Dezember 2017

Nr.	Suchbegriffe	Abstracts	Abstracts gelesen	relevante Artikel	Eingeschlossene Artikel
1	resilien* AND intervention* AND for nurses	895	0		
2	resilience AND intervention AND for nurses Limits: fulltext, english language, abstracts, between 2007 and 2017	237	3	1	Delgado, C. et al. (2017)
3	intervention AND hardiness AND nurses	131	2	1	Lee, K. et al (2015)
4	generalized resistance ressources AND nurses AND intervention	0			
5	resilience AND intervention AND for nurses	152	15	8	Delgado, C. et al. (2017) Rogers, D. (2016) Craigie, M. et al (2016) McDonald, G. et al. (2016) Lee, K. et al. (2015) Smeets, E. et al. (2014) McDonald, G. et al. (2013) Jackson, D. et al. (2007)

6. Expertinnen Meinung

Fragebogen an Regula Bögli im Kontext „Expertinnen Meinung“ vom 13.03.2018

Kurze Beschreibung zu Ihrer Person und Expertise:

Ich arbeite als selbständige Pflegefachfrau FH ,als Dipl. Coach SCA und als Dipl. Resilienztrainerin in meiner eigenen Praxis AIVAS in Bülach. Hier habe ich mich auf die Unterstützung von Angehörigen die Menschen mit einer chronischen oder palliativen Krankheit betreuen spezialisiert. Zusätzlich berate ich Menschen im Gesundheitswesen wie sie ihre Resilienz stärken. Weiter unterrichte ich am Careum Bildungszentrum ZH angehende Pflegefachleute an der Höheren Fachschule

Was sind Ihrer Expertise nach die Kernpunkte von Resilienz?

Resilienz ist keine feste Grösse sondern verändert sich im Leben. Wichtig scheint mir, das bewusstmachen von persönlichen Stärken um diese bei einer Herausforderung bewusst einzusetzen. In erster Linie ist Resilienz ein Selbstmanagement-Training, das Menschen ermöglicht einen besseren Zugang zu den eigenen inneren Widerstandskräften zu entwickeln und zu besitzen. Nicht gegen Windmühlen zu kämpfen, sondern den Wind für sich selber nutzbar zu machen, beschreibt treffend, was Resilienz beinhaltet.

Welche Methoden wenden Sie an, um Resilienz zu fördern?

Ich persönlich? Ich lebe in meinem Alltag bewusst meine Werte wie Selbstbestimmung, Unabhängigkeit, Gerechtigkeit und Fürsorge. Zusätzlich verfüge ich über eine optimistische Grundhaltung und den Glauben in meine eigenen Fähigkeiten etwas selber zu bewirken. Ganz bewusst pflege ich meine sozialen Kontakte und investiere Zeit dafür. Humor ist ein wichtiger Verbündeter von mir und ich sehe nicht alles so verbissen im Leben.

Was müsste eine Intervention beinhalten, um Resilienz bei Pflegenden zu stärken?

Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit. Ich kenne keine Berufsgruppe ,die sich stets neu erfindet wie die Pflege und dabei das Gefühl hat noch nicht zu genügen. Genau das gleiche erlebe ich mit der Selbstwirksamkeit. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten fehlt manchen Pflegefachleuten. Sie dürfen weniger Selbstkritisch sein und sich dafür Stolz auf die Schultern klopfen und sagen: „Das habe ich gut gemacht“.

Konkret: Was für Resilienzstärkende Methoden (Übungen, Einstellungen, etc.) würden Sie Pflegenden empfehlen für die Anwendung im privaten-, sowie klinischen Alltag?

- Ein Glücks und Erfolgstagebuch zu führen unterstützt eine optimistische Grundhaltung zu entwickeln. Tagebuch schreiben hilft auch in belastenden Situationen. Die Forschung zum expressiven Schreiben zeigt, dass viel passiert wenn jemand täglich 15 Minuten beschreibt, was ihn belastet, und dabei seinen Gefühlen freien Lauf lässt.
- Den Tag mit der Frage starten: „Auf was freust Du dich heute am meisten“? Bei Dienstende die Frage: „Auf was bist du heute besonders Stolz oder für was bist du heute dankbar. Hier lohnt es sich, das aufzuschreiben und etwas darüber nachzudenken. Dankbarkeit ist eine wichtige Unterstützung zum Thema Resilienzförderung.
- Eine optimistische Grundhaltung und Humor lässt sich trainieren.
- Weiter finde ich das bewusstmachen von eigenen Stärken und Charaktereigenschaften wichtige Resilienzfaktoren für Pflegefachleute. Stärken ist so viel sinnvoller als sich an Defiziten zu orientieren.

Was könnten Auswirkungen einer gestärkten Resilienz bei Pflegenden im klinischen Alltag sein?

Resilienz ist nicht die Antwort auf alle Probleme im Gesundheitswesen und den Fachkräftemangel. Da braucht es noch andere Interventionen. In Pflegeberufen braucht es ein hohes Mass an Engagement, Empathie, Idealismus und eine langfristige Beziehungsfähigkeit zu anderen Menschen. Diese Freude aufrecht zu erhalten, hier sehe ich den wichtigen Beitrag in der Förderung von Resilienz bei Pflegefachpersonen.

Eigene Ergänzungen:

Es wird Zeit das die Erkenntnisse der positiven Psychologie zu dieser gehört die Resilienz Forschung Einzug in den Alltag von Pflegefachleuten hält und Programme zur Resilienzförderung eingeführt werden.

7. Zusammenfassung der Studien

AICA Hilfstabelle: zur systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N. & Crisp, J. (2013).

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Resilienz wird in der Literatur unterschiedlich definiert: als angeboren, Prozess, Ergebnis, oder Gesundheit. Die Betonung liegt auf den Vorteilen für Individuen oder Arbeitgeber. Mitarbeitende im Gesundheitswesen erfahren ein hohes Level an Stress auf Grund ihrer Arbeit an sich, sodass die Selbstpflege auf der Strecke bleibt. Pflegende und Hebammen müssen in ihrer täglichen Arbeit ein tiefes Verständnis und Sensibilität für ihre Patient_innen haben, um eine emotionale Bindung mit ihnen einzugehen. Dieses Engagement hat die arbeitsbezogene Erschöpfung, posttraumatische Belastungstörung und traumatischen Stress zur Folge. Unterstützung in der Stressreduktion hat somit</p>	<p>Design Es wurde eine quasi-experimentelle Pilotstudie gemacht mit einem pre- und post Interventionsdesign. Die Teilnehmenden konnten an Fokusgruppendifkussionen oder Interviews teilnehmen, um ihre Erfahrungen mit dem Programm zu teilen. Das gewählte Design wird nicht begründet.</p> <p>Stichprobe Die 40 Pflegenden und Hebammen (nur Frauen) wurden anhand einer nicht repräsentativen Stichprobenauswahl (convenience sampling) rekrutiert. Es handelte sich um eine gemischte Gruppe bezüglich den Qualifikationen, wobei die Hälfte diplomierte Pflegenden oder Hebammen waren und die andere Hälfte höhere Positionen belegten. Sie arbeiteten in zwei Lehrkrankenhäusern in Sydney. Für die Teilnahme an der Studie benötigten sie die Zustimmung der Stationsleiter, da sie für einen eintägigen Workshop und die Interviews/Gruppendiskussionen abwesend waren. Die Rekrutierung wurde durch Internetwerbung begonnen, Interessenten kontaktierten die Forschenden. Der Prozess wurde beendet, als die 40 Personen gefunden wurden, jedoch ohne Begründung oder Plan mit Ein- und Ausschlusskriterien. Es scheint eine Studiengruppe zu geben, welche vor- und nach der Intervention durch Messinstrumente eingeschätzt wurde.</p> <p>Datenerhebung Vor der Intervention wurden drei Fragebögen abgegeben und 4-8 Wochen nach der Intervention wiederholt. Folgende Messinstrumente wurden verwendet:</p>	<p>Quantitativ: Signifikante Ergebnisse zeigten, dass die Gesundheit besser bewertet wurde, eine positive Lebenseinstellung und geringere Stresslevel.</p> <p>Qualitativ: Die Ergebnisse werden als Kategorien, Zitate und Zusammenfassungen dargelegt. Es wird berichtet, dass die Teilnehmerinnen durch das Ausfüllen der Messinstrumente und das damit verbundene Reflektieren bereits einen Lernprozess ausgelöst hatte. In der Intervention lernten sie neue Strategien zur Stressreduktion und versuchten diese im Alltag anzuwenden. Dabei ist die Individualität der Persönlichkeiten zu spüren, denn einige konnten die Strategien gut umsetzen,</p>	<p>Die Forschenden sehen die positiven Resultate bezüglich der Akzeptanz und der quantitativen Ergebnisse der Studie. Sie schliessen daraus, dass dieses Programm mehr Entwicklung braucht und mit einer RCT weiter untersucht werden müsste, um die offensichtliche Verbindung zwischen Achtsamkeit, Belastbarkeit und verbesserten Patientenergebnissen zu beweisen. Zudem sollte der Zusammenhang von Wirkung und Dosierung der Intervention geprüft werden, wie auch die Nachhaltigkeit dieser Intervention. Zukünftig müsste eine heterogene Gruppe untersucht werden mit längerfristigen Ergebnissen, sowie die Achtsamkeit in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Durchführbarkeit der Intervention ist gegeben, was Antworten aus den qualitativen Untersuchungen zeigten. Die Teilnehmenden empfehlen die physische Teilnahme am Workshop, da ihnen die Möglichkeit der Reflexion geholfen hatte.</p>

<p>einen hohen Stellenwert und umfasst die Unterstützung durch Begleitung am Arbeitsplatz, Ansätze zur Verbesserung und Entwicklung in der Praxis, sowie Trainings zur Konfliktbewältigung und Herausforderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Ein neuer Ansatz zur Stressreduktion beinhaltet das Achtsamkeitstraining. Es ist ein Selbstübungsfeld und hat einen systematischen Ansatz zur Entwicklung von Kontrolle, Weisheit basierend auf den eigenen Ressourcen zur Entspannung, Aufmerksamkeit und Einsicht. Es ist ein Bestandteil eines Modells zur Resilienz Entwicklung von Grafton et al. (2010), sowie eines 8-wöchigen Achtsamkeitsprogramms dessen Wirksamkeit in Studien belegt wurde. Durch Selbstwahrnehmung erhöht Achtsamkeitstraining die Fähigkeit eine empathische Pflege zu leisten. Dies fördert die Beziehung mit den Patient_innen, was eine positive Wirkung auf die</p>	<ul style="list-style-type: none"> - GHQ-12: Ein gut validiertes Instrument, um physische Symptome von Angst- und Schlafstörungen, Störungen in der sozialen Interaktivität, sowie Depressionen zu messen. - SOC: Ist ein gut validiertes und reliables Instrument und misst den Sinn für Verständlichkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit als drei Schlüsselfaktoren um Stress zu bewältigen. - DASS: Misst negative emotionale Zustände wie Depression, Angst und Stress. Es besteht aus 14 Elementen zur Selbsteinschätzung. Es hat eine hohe interne Vereinbarkeit und eine bedeutungsvolle Urteilskraft. <p>Die Intervention bestand aus einem eintägigen Achtsamkeitsbasierten Workshop zur Stressreduktion. Dieser wurde von einem erfahrenen Psychologen geleitet, eine CD wurde abgegeben, um die täglichen 20-minütigen Achtsamkeitsübungen während 8 Wochen zu üben. Der Workshop wurde an die Arbeitspläne der Teilnehmenden angepasst und deshalb viermal durchgeführt. Die Ziele des Workshops waren die Verständnis- und Engagement Förderung der Teilnehmenden zur Studie. Zudem wurde das Achtsamkeitstraining vorgestellt, wobei Praktiken und Wissen von spirituellen Traditionen mit psychologischen Ansichten und evidenzbasierten Ansätzen kombiniert wurden.</p> <p>Qualitativer Ansatz: Fokusgruppen und Interviews wurden nach der Intervention angeboten, um die Erfahrungen und die Auswirkungen auf ihre Praxis einzeln oder in Gruppen zu besprechen. Diese Teilnehmenden waren nicht direkt mit der Intervention konfrontiert, jedoch mit dem klinischen Umfeld vertraut. Die Interviews dauerten durchschnittlich 20 Minuten, die Fokusgruppe diskutierte ca. eine Stunde. Es wurden Feldnotizen von den Interviewern und den Moderatoren genutzt. Alle Teilnehmenden erhielten ein leeres Protokoll in welches sie ihr tägliches Übungsverhalten notierten.</p> <p>Datenanalyse 70% der Teilnehmerinnen gaben die Einschätzungsböge zurück an die Forschenden, 50% dieser Gruppe dokumentierten die Übungen. 35% dieser Gruppe nahmen an Fokusgruppen und Interview teil.</p> <p>Quantitativ: Es wurde die Standardabweichung, Range, Median bestimmt</p>	<p>andere hatten Schwierigkeiten oder konnten diese nur in gewissen Zeiten anwenden. Die Meisten empfanden den Workshop entspannend, sahen jedoch die Herausforderung in der Umsetzung im Alltag/Arbeitsalltag. Einige konnten kleinere bis grössere Veränderungen in ihrem Verhalten wahrnehmen. Sie merkten, dass sie Tatsachen besser akzeptieren können, nicht alles Verändern wollen und Dinge unfertig liegen lassen wenn keine Zeit mehr vorhanden ist. Es wurde berichtet, dass Zeit geschaffen werden kann für Entspannungsübungen auch wenn scheinbar keine Zeit da ist.</p> <p>Übungstagebücher: 14 Teilnehmerinnen führten das Übungstagebuch und übten an 25 von 56 verfügbaren Tagen. Acht davon berichteten sich entspannter, ruhiger und fokussierter zu fühlen. Sie merkten wie gut ihnen Selbstpflege (Zeit für sich) tat. Eine bessere Aufmerksamkeit in Interaktion mit Menschen, sowie Hilfsbereitschaft und</p>	<p>Wobei die CD von den meisten als nicht hilfreich gewertet wurde. Zudem wurde genannt, dass ein Meditationsraum auf der Station sehr hilfreich wäre</p> <p>Die Herausforderungen bei einer möglichen Implementierung sehen die Forschenden in der Motivation der Mitarbeitenden für solch ein Projekt zu gewinnen, zudem die Übungen im Alltag und Arbeitsalltag anzuwenden, da lediglich an 44.4% der Zeit im Alltag geübt wurde. Die Forschenden verweisen darauf, dass Resilienz aufgebaut wird in dem die Mitarbeitenden Achtsamkeit in ihre tägliche Arbeit einbauen.</p> <p>Die quantitativen Ergebnisse seien der Studie von Ando et al.(2011) sehr ähnlich, jedoch sei in eine Verbesserung in der allgemeinen Gesundheit, SOC und der Erfahrung von Stress ersichtlich. Angesichts der kleinen Studiengruppe und der Homogenität sei die Intervention stark. Achtsamkeit wurde ausgesucht als Verbindungsglied zwischen kognitiver Therapie und positiver Psychologie. Dies weil es nicht auf einem pathologischen Ansatz aufbaut, sondern das Ziel die Veränderung und Akzeptanz von Gegebenheiten ist.</p>
--	--	---	---

<p>Zufriedenheit am Arbeitsplatz aufweist. Achtsamkeitstraining verringert wiederkehrende destruktive Gedanken, erhöht das Wohlbefinden, die Selbstsicherheit und reduziert Angst.</p> <p>Ziel</p> <p>Das Ziel der Pilotstudie ist es die Wirksamkeit und Durchführbarkeit einer achtsamkeitsbasierten Intervention zum Stressabbau und zur Förderung von psychologischem Wohlbefinden von Pflegenden und Hebammen zu untersuchen.</p>	<p>und mit dem Wilcox Test den Vergleich der pre- und post Intervention Ergebnisse vollzogen. Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 0.05$ festgelegt.</p> <p>Qualitativ: Die Daten wurden in ein SPSS eingegeben, entsprechend transformiert, transkribiert, codiert und Kategorien gebildet. Die Übungstagebücher wurden ähnlich analysiert nach Regelmässigkeit der Durchführung der Übungen und nach Kommentaren. Zur Qualität der Daten wird keine Stellung genommen.</p> <p>Ethik:</p> <p>Die Ethikkommission erteilte die Genehmigung zur Durchführung der Studie. Der informed consent wurde von den Teilnehmenden eingeholt. Auf diesen wurde zu Beginn des Workshops hingewiesen, um sicher zu stellen, dass die Teilnehmenden verstanden worum es geht. Weitere ethische Fragestellungen wurden nicht diskutiert.</p>	<p>Kontrolle über die Gedanken.</p> <p>Die CD half vielen nicht. Eine Person führte die Übungen nicht durch auf Grund von körperlichen Beschwerden.</p> <p>Die Herausforderungen und Gewinne von einer erhöhten Achtsamkeit wurden als innere Erkenntnisse beschrieben.</p>	
--	---	---	--

AICA Hilfstabelle: zur systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., Vickers, M. (2013).

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Arbeitsunzufriedenheit ist bei Pflegenden und Hebammen auf Grund des sich ändernden organisatorischen Umfelds verbreitet. Sie beinhaltet alle negativen Aspekte des Umfelds, den täglichen Herausforderungen der Arbeit und kann sich negativ auf die Arbeitnehmenden auswirken. Sie brauchen Unterstützung um bei Ermüdung, dem Druck, Stress und der emotionalen Überlastung standfest zu bleiben. Resilienz wurde als eine mögliche Lösung für diese Probleme gesehen. Vorgängige Studien zeigten, dass ein hoher Bedarf an Trainingsprogrammen und deren Entwicklung besteht. So wurden Selbstreflexion und Begleitung im klinischen Setting als die wichtigsten Coping Strategien gesehen. Es gibt wenige Studien die zeigen, dass die Förderung von Resilienz bei Pflegenden und Hebammen die</p>	<p>Ansatz/Design Bei der Studie handelt es sich um eine instrumentelle Fallstudie, um einen tiefen Einblick in die zu untersuchenden Geschehnisse, Prozesse und Beziehungen der einzelnen Pflegefachpersonen und Hebammen im klinischen Kontext zu erhalten.</p> <p>Stichprobe Es handelt sich um 14 Pflegenden und Hebammen, welche im gleichen Krankenhaus in Australien arbeiteten. Alle Teilnehmenden waren Frauen im Alter zwischen 26-59 Jahre zum Zeitpunkt der Rekrutierung.. Diese hatten sehr unterschiedliche Qualifikationen und Erfahrungsjahre. Der Range ging von Berufsanfängern über Fortgeschrittene Pflegenden bishin zu sehr erfahrenen Pflegenden welche 20 Jahre im selben Spital arbeiteten. Alle Teilnehmerinnen waren in der englischen Sprache und Schrift bewandert, wobei zwei Teilnehmerinnen andere kulturelle und sprachliche Hintergründe hatten. Die Teilnehmerinnen haben sich freiwillig für die Studie gemeldet und wurden per Poster und Broschüren auf die Studie aufmerksam gemacht. Diese konnten sich bei den Forschenden melden, um mehr Informationen zu erhalten und am Ende den informed consent einzuholen. Die kleine Stichprobe wird von den Forschenden diskutiert, diese schätzen sie als adäquat ein für eine qualitative Studie</p> <p>Datenerhebung Es wurden persönliche Interviews in einem Büro vor- und nach der Intervention durchgeführt sowie sechs Monate nach der Intervention. Beim Interview vor der Intervention wurden sie zu Gründen und Auswirkungen der Arbeitsunzufriedenheit auf ihr persönliches und berufliches Leben befragt. Bei den zwei anderen Interviews beschrieben sie den Effekt des Workshops im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit, Wohlbefinden und der Resilienz. Sie wurden zudem befragt was sie aus der Intervention profitiert haben und was sie herausgefordert hat. Zudem</p>	<p>Es wurden drei Kategorien gebildet, welche als persönliche und professionelle Gewinne des Workshops bezeichnet wurden, sowie Resilienz Massnahmen auf persönlicher Ebene.</p> <p>Die Ergebnisse sind anhand einer kleinen Tabelle mit entsprechenden Kategorien dargestellt und im Fliesstext mit Zitaten der Teilnehmerinnen unterlegt.</p> <p>Persönlicher Gewinn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention als lehrreiche Chance für einen Austausch in einer sicheren Umgebung ohne Hierarchie. - Ansichten Anderer respektieren - Vertiefte Kommunikation zwischen den Teilnehmerinnen - Kreativer Selbstausdruck förderte die Selbstwahrnehmung und Ausdrucksfähigkeit - Neue Ideen und Strategien entwickeln - Reflexion der eigenen 	<p>Diskussion Aus bestehender Literatur geht heraus, dass ein grosser Bedarf an Evidenz-basierten Interventionen zum Schutz von Pflegenden und Hebammen besteht. Dieses Programm gibt der Zielgruppe die Möglichkeit ihre bisherige Resilienz zu reflektieren, sich neues Wissen anzueignen und neue Strategien und Ressourcen zu bilden. Diese Studienergebnisse zeigen, dass die Menschen diesen Schutz für sich entwickeln können. Bereits existierende Literatur beschreibt die Wichtigkeit von Personalentwicklung um Probleme zwischen Kollegen zu vermindern. Die Teilnehmenden lernten Kommunikationsstrategien und anerkannten den Beitrag des Anderen, wodurch sie Beziehungen am Arbeitsplatz verbessern konnten. Dabei bildeten die Teilnehmenden Durchsetzungsvermögen, welches als Resilienz benannt wurde. Die Forschenden diskutieren Limitierungen der Studie. So beschreiben sie, dass einige Studienteilnehmerinnen prädisponiert waren für Resilienztraining und Entwicklung. Zusätzliche Ansichten der Teilnehmenden wurden nicht in die Ergebnissen miteinbezogen. Zudem kommt</p>

<p>Arbeitsunzufriedenheit senkt.</p> <p>Ziel & Zweck:</p> <p>Diese Studie ist eine Fortsetzung einer Vorläuferstudie, welche das Phänomen Resilienz bei Pflegenden und Hebammen untersuchte, sowie eine am Arbeitsplatz durchführbare pädagogische Intervention zur Resilienz Stärkung entwickelte. Sie soll die Effekte dieser Intervention auf die Teilnehmenden auf persönlicher und professioneller Ebene hervorheben.</p>	<p>wurden Evaluationsbögen nach den Workshops eingesammelt.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Es wurden Aufnahmen der Interviews gemacht und diese transkribiert, wobei auf die Neutralität der Teilnehmerinnen geachtet wurde. Feldnotizen wurden gemacht, um Evaluationen, Erfahrungen und Ergebnisse des Lernprozesses zu dokumentieren.</p> <p>Nach der Transkription der Interviews wurden diese nach Themen analysiert, wichtige Interaktionen zwischen Teilnehmerinnen wurden doppelt gelesen, um die Komplexität der Beziehungen zu analysieren.</p> <p>Ethik</p> <p>Es wurde die Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt. Es wurde strikt auf die Anonymität der Teilnehmenden geachtet, damit diese nicht mit Aussagen oder Verhaltensweisen in Verbindung gebracht werden konnten. Jedoch konnte die Anonymität in Gruppendiskussionen nicht gewahrt werden. Zwischen den Workshops wurde von den Forschenden immer wieder auf die Vertraulichkeit hingewiesen.</p>	<p>Gesundheit</p> <p>Gewinn auf professioneller Ebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbessertes Durchsetzungsvermögen - Unterstützende Kommunikation - Engere Gruppendynamik - Verständnis des Zusammenhangs von Resilienz und Selbstfürsorge - Positive Einstellung - Stressreduktion durch Austausch mit Kollegen/Vorgesetzten - Selbstfürsorge ausführen 	<p>die Gefahr der Intersubjektivität dazu, weil die Studienleiterin die Gruppenleiterin während der Intervention war.</p> <p>Schlussfolgerung</p> <p>Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass individuelle Veränderungen bezüglich Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein, Selbstfürsorge und Kommunikation wichtig sind in der Entwicklung von Resilienz bei Pflegenden. Die Bereitschaft der Gesundheitsorganisationen Resilienz Schulungen am Arbeitsplatz zu integrieren scheint essentiell, um Resilienz zu fördern und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz zu reduzieren. Die Forschenden betonen das sich lohnende Kosten-Nutzen Verhältnis des Programms und verweisen zukünftig weitere Untersuchungen zur Wirksamkeit zu vollziehen. Zudem könnte das Programm geeignet sein, um Personen zu fördern und sie in Leitungspositionen einzusetzen.</p>
---	---	--	---

AICA Hilfstabelle: zur systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., Moss, M. (2014).

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Pflegefachpersonen die auf einer Intensivstation (IPS) arbeiten verlassen oft ihren Beruf und weisen eine hohe Prävalenz an psychologischen Problemen auf wie Angst, Depression oder Burnout. Dies besteht auf Grund des stressigen Arbeitsplatzes, hohen Patienten mortalitäts- und morbiditätsraten, sowie die Konfrontation mit täglichen ethischen Dilemmas. Einige Pflegende jedoch konnten resiliente Copingstrategien entwickeln um sich im positiven Sinn an den belastenden Arbeitsbereich anzugleichen. Das Konzept der Resilienz ist dabei eines der wichtigsten Fähigkeiten und kann erlernt werden. Bisher gibt es wenig evidenzbasierte Literatur, welche die Effektivität von Resilienztraining beweist. In dieser Pilotstudie werden</p>	<p>Design Es handelt sich um eine randomisierte, kontrollierte Studie, ohne Begründung für das Design.</p> <p>Stichprobe/Population Es handelt sich um 27 Pflegefachpersonen, die auf einer Intensivpflegestation mindestens 20 Stunden pro Woche arbeiten, ohne medizinische Probleme, welche ein körperliches Training ausschliessen würden und welche die 82 Punkte oder weniger auf der Connor-Davidson Resilience Scale erreichten. Die Teilnehmenden arbeiteten auf Intensivstationen mit dem Schwerpunkt Medizin, Chirurgie, Verbrennungen und Kardiologie. Es wurden das Geschlecht, Alter, Herkunft, Zivilstand, Volkszugehörigkeit, arbeitsspezifische demografische Daten erhoben sowie folgende Fragebögen ausgefüllt: Ausschliesskriterien waren eine bestehende Unmöglichkeit an einem zweitägigen Workshop teilzunehmen oder ein medizinisches Problem, welches ein körperliches Training behindern könnten. Rekrutierung fand während drei Monaten statt von Oktober 2012 bis Dezember 2012. Es gibt keine Begründung für die Auswahl der Teilnehmenden. Eine Interventionsgruppe (n=13) und eine Kontrollgruppe (n=14) wurden gebildet.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung durch schriftliche Fragebögen/Einschätzungsinstrumente wurde bei jeder Gruppe vor und nach der Intervention durchgeführt.</p> <p>Messverfahren/Intervention Messinstrumente: - Connor-Davidson Resilience Scale um die Resilienz und die Wirkung der Intervention einzuschätzen. Die Skala geht von 0 bis 100, je höher die Einschätzung ist desto höher der Grad an Resilienz. Die herausragende Reliabilität des Instruments wird erwähnt.</p>	<p>Pre-Test Die Ergebnisse werden anhand von Text und Tabellen präsentiert. Die pre-Tests zu Angstzuständen und Depression verzeichneten, dass 100% der Teilnehmenden an Angst leiden und 77% Symptome einer Depression aufweisen. Der Burnoutscore zeigte, dass 81% Erschöpfungszeichen aufwiesen, 77% Identitätsverlust und 77% eine verminderte Leistungsfähigkeit. Der Resilienzscore lag bei 73 Punkten, 44% der Teilnehmenden wiesen Symptome von posttraumatischen Belastungsstörungen auf. Die im pre-Test gemessenen Daten unterschieden sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen.</p> <p>Intervention Die Teilnehmenden zeigten eine 100 prozentige Anwesenheit im zweitägigen</p>	<p>Diskussion/Interpretation Die Autoren_innen begründen die Abnahme der Symptome der Kontrollgruppe so, dass diese Teilnehmenden mit einigen Personen aus der Interventionsgruppe zusammen arbeiteten und vermuten, dass am Arbeitsplatz einen Austausch statt fand. Die Interventionen basieren auf einer vorhergehenden Studie in der resiliente Pflegefachpersonen zu ihren Copingstrategien befragt wurden.</p> <p>Limitationen Eine klare Limitation ist die Grösse der Stichprobe, sodass keine generellen Aussagen gemacht werden können. Es konnte nicht erreicht werden, dass signifikante Reduktionen der psychologischen Symptome verzeichnet wurden. Zudem waren keine grossen Veränderungen im Resilienzscore ersichtlich. Die Autor_innen besprechen zudem die Komplexität des Themas und verweisen auf zukünftige Forschungen. Die Interventionen seien erfolgreich umgesetzt worden und können individuell an die Stärken und Schwächen der</p>

<p>die positiven Copingstrategien als eine multidimensionale Intervention zusammengefasst. Es wurde untersucht, ob ein multidimensionales Resilienztraining für Intensivpflegepersonen umsetzbar und effektiv ist, sowie von den Teilnehmern akzeptiert wird. Zudem sollte die Prävalenz der Personen mit psychologischen Problemen aufgezeigt werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatic Diagnostic Scale um Symptome einer posttraumatische Belastungsstörungen einzuschätzen wegen der hohen Reliabilität. - Hospital anxiety and depression scale ist ein 14-teilige Skala um Angstzustände und Depression im ambulanten Setting zu bestimmen, weist eine hohe Validität und Reliabilität auf. - Maslach Burnout Inventory ist ein 22-teiliges Messinstrument mit drei Dimensionen (emotionale Erschöpfung, Identitätsverlust, reduzierte Leistungsfähigkeit) um ein Burnout bei Personen im Gesundheitswesen zu identifizieren. -Client/Patient Satisfaction Questionnaire ist ein 8-teiliges Messinstrument von Zufriedenheit, wobei je höher die Punktzahl ausfällt, desto höher die Zufriedenheit. Es wurde ausgewählt wegen der hohen Reliabilität, sensibilität bezüglich Therapie und der internen Kohärenz. <p>Intervention:</p> <p>Die Teilnehmenden erhielten einen zweitätigen Workshop indem das Resilienztraining vorgestellt wurde, sowie die Arten von psychologischen Belastungen die auf einer IPS vorkommen. Zudem wurden Themen betreffend Selbstpflege und kognitiver Verhaltenstherapie vorgestellt. Ein Experte der achtsamkeitsbasierten stressreduktions Therapie führte eine zweistündige geleitete Achtsamkeitsübung durch und verteilte CD's mit geführten Achtsamkeitsübungen, um diese drei Mal pro Woche für 15 Minuten während der 12-wöchigen Intervention zu üben. Ein Experte für ausdruckvolles Schreiben führte die Teilnehmenden durch einen vierstündigen Einführungskurs, welcher als Basis fungierte für die in der Intervention wöchentlich angewendeten 30-minütigen expressiven Schreibstunden. Die Themen wurden vom Experten vorgegeben und beinhalteten Herausfordernde Situationen am Arbeitsplatz, Leistungsverminderung, innere Widersprüche, wiedergeben von Konfliktsituationen.</p> <p>Achtsamkeitsbasierte Techniken zur Stressreduktion wurden während einem zweitätigen Kurs geübt. Eine dreimonatige Mitgliedschaft in einem Fitnesscenter um 30 bis 45 Minuten 3 Mal pro Woche Fitnessübungen zu machen.</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie wurde während 30 bis 60 Minuten eingesetzt</p>	<p>Workshop, sowie in den 12 Schreiblektionen. 88% der Interventionsgruppe führten 210 Minuten physisches Training durch, wobei in der Kontrollgruppe lediglich 42% drei Mal pro Woche trainierten. 66% der Achtsamkeitsübungen wurden durchgeführt mit 65 Minuten pro Woche. Alle Teilnehmende erhielten zwei kognitive Verhaltenstherapien, ausser zwei Personen. Die Zufriedenheit der Interventionen wurden von den Teilnehmenden als hoch gemessen.</p> <p>Zentrale Ergebnisse</p> <p>Nach der 12-wöchigen Interventionsphase hat sich gezeigt, dass die depressiven Symptome signifikant abnahmen bei $P 0.03$ im Vergleich zur Kontrollgruppe. Beide Gruppen wiesen reduzierte Symptome von posttraumatischen Belastungsstörungen auf, wobei P bei 0.01 bei der Interventionsgruppe und $P 0.05$ bei der Kontrollgruppe liegt. Verbesserungsvorschläge von den Teilnehmenden wurden genannt für weitere</p>	<p>Pflegenden angepasst werden. Sie können helfen den Arbeitsalltag auf einer IPS zu meistern und Resilienz aufzubauen. Dieses Programm wurde entwickelt um die Copingstrategien der Teilnehmenden zu stärken, um die Resilienz zu verbessern. Es wurden keine Informationen erhoben, ob die Teilnehmenden die Strategien in ihren Alltag implementiert haben oder ob diese einen Effekt hatten auf die Gedanken die IPS zu verlassen respektive die Zufriedenheit mit ihrem Job. Zuletzt konnten sie keine Erhebungen machen, ob die Symptome wie Angst, Depression oder Belastungsstörung einen Effekt auf die Patientenbetreuung hatten.</p>
--	--	--	---

	<p>um traumatische Erlebnisse wieder aufleben zu lassen und negative Gedanken zu identifizieren. Diese sollten durch die kognitive Veraltentherapie restrukturiert werden und dadurch Resilienz gestärkt werden.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Es wurde ein deskriptiver Ansatz inklusive Standardabweichung und Häufigkeitsverteilung für die gesamte Gruppe und die individuellen Therapien, sowie der Kontrollgruppe verwendet.</p> <p>Für die Auswertung der Schreibaufträge wurde ein qualitativer Ansatz verwendet, wobei die Aufsätze nach Themen sortiert, Kategorien gebildet und diese Codiert wurden. Für die Analyse zwischen den Teilnehmenden der Interventionsgruppe und diese der Kontrollgruppe wurde der Wilcox Test verwendet für Variablen mit keiner Normalverteilung. Kathedorische Variablen wurden mit der Verwendung des χ^2 tests verglichen. Um die Effektstärke der Intervention zu bestimmen wurde einen wiederholten pretest-posttest durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde bei P von weniger als 0.05 festgelegt.</p> <p>Ethik</p> <p>Der <i>informed consent</i> wurde von den Teilnehmenden eingeholt und die Studie bei der Ethikkommission genehmigt.</p>	<p>Untersuchungen mit einer grösseren Stichprobe.</p>	
--	--	---	--

AICA Hilfstabelle: zur systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Potter, P., Deshields, T., Allen Berger, J., Clarke, M., Olesen, S., Chen, L. (2013).

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es handelt sich um das Konzept der Arbeitsbezogenen Erschöpfung (Compassion Fatigue). Dabei handelt es sich um eine Kombination aus sekundärem traumatischen Stress und einem Burnout Syndrom bei Gesundheitsfachpersonal. Es wird assoziiert mit erhöhtem Schichtwechsel, Abwesenheit von Personal, schlechte Unterstützung durch Mitarbeitende, Persönlichkeitsverlust, Leistungsverminderung und verschlechterte Patientenzufriedenheit. Je mehr Empathie Pflegende haben, desto höher sind sie Prädestiniert für die Entwicklung einer arbeitsbezogenen Erschöpfung. Es wird definiert als ein fortschreitender, kumulativer Prozess, welcher auf Grund eines langen, anhaltenden und intensiven therapeutischen</p>	<p>Design Es handelt sich um eine quantitative, deskriptive Pilotstudie mit einem pre- und post Interventions test.</p> <p>Stichprobe Es wurden 14 Personen rekrutiert, wobei ein Dropout von einer Person bestand. Die Charakteristika wie Alter, Berufsbezeichnung, Berufserfahrung, Berufserfahrung auf der Onkologie, Unterstützung von Zuhause und bei der Arbeit wurden erhoben. Einschlusskriterien wurden beschrieben als Pflegende der Onkologie, mindestalter von 20 Jahren oder älter, täglicher Patientenkontakt, Arbeit auf einer Bettenstation für Chemotherapien. Ausschlusskriterien wurden beschrieben als Suizid gefährdet, aktueller Substanzenmissbrauch, Die Teilnehmenden erhielten eine Entschädigung in Form ihres Lohnes während der Teilnahme an den Workshops. Die Teilnehmenden erhielten Infos bezüglich der Studie durch Broschüren und Informationen, welche durch die Stationssekretären verteilt wurden. Nach dem sie sich gemeldet hatten, wurde ein Gespräch über die Teilnahme, den möglichen Gewinn und Risiken beschrieben.</p> <p>Datenerhebung Anhand von einigen Messinstrumenten, welche vor-, gleich nach der Intervention, sowie drei und sechs Monate nach der Intervention ausgefüllt wurden, konnten Daten gesammelt werden. Zudem füllten sie am Ende jeder Woche und am Ende des Programms ein Evaluationsbogen aus.</p> <p>Intervention Die Teilnehmenden wurden in kleinen Gruppen Aktivitäten involviert, damit</p>	<p>Die Ersteinschätzung zeigt, dass das Burnout Risiko hoch eingestuft wurde, wobei das Alter, die Berufserfahrung und die Jahre auf der Onkologie keinen signifikanten Zusammenhang mit den Ergebnissen hatte. Vergleiche von vor der Intervention und danach zeigten keine signifikanten Veränderungen im Burnoutscore, obwohl sich die Bewertung der emotionalen Erschöpfung direkt nach der Intervention und sechs Monate danach stark verbessert hat. Die Bewertung für sekundäres Trauma reduzierte sich gleich nach dem Programm, konnte sich halten bis nach drei Monaten und viel dann weiter bei nach sechs Monaten. Dies mit einer Signifikanz von $p = 0.44$. Die Bewertung des IES Trauma score verbesserte sich insgesamt und direkt nach der Intervention signifikant bei p</p>	<p>Die Forschenden zeigen die Wichtigkeit auf solche Interventionsprogramme zur entwickeln und am Arbeitsplatz anzubieten. Die signifikanten Verminderungen von sekundärem traumatischem Stress sechs Monate nach der Intervention seien speziell gut auf Grund der kleinen Stichprobe. Es zeigte, dass die Teilnehmenden weniger traumatisiert waren, sich besser ausgestattet fühlen solchen starken Gedanken und Gefühlen zu begegnen und diese weniger zu verdrängen. Das Programm wurde entwickelt zur Erkennung von Gefahren, traumatischen Ereignissen und zur Selbstregulation. Diese Studie wird verglichen mit den Ergebnissen von Cohen-Kratz et al. (2005) in der die Pflegenden Selbstpflege Fähigkeiten und verbesserte Entspannung am Arbeitsplatz und in Beziehungen im Privaten Umfeld. Das Lernen dieser Übungen um die Selbstregulation zu erreichen während einer angespannten Situation war der als hilfreichste beschriebene Aspekt der Intervention. Sie merkten, dass es andere Betroffene gibt und dies half ihnen im Austausch mit den Kollegen. Auf Grund dieser Ergebnisse möchten die Forschenden solch ein Programm allen</p>

<p>Patientenkontakts ausgelöst wird, in Kombination mit Schlafstörungen, Appetitverlust oder Gewichtszunahme und Verminderung von sozialen Aktivitäten. Oft ist es verbunden mit einem Arbeitsbereichs- oder Berufswechsel, was die Relevanz des Themas begründet und Gesundheitsinstitutionen zu Schulungen, Unterstützung und Interventionsprogrammen für Mitarbeitende bringen sollte. Ein Forschungsbedarf für solche Programme ist da, wobei bisherige sich auf Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion konzentrierte.</p> <p>Ziel: Die Evaluation eines Pilotprojekts, um die Wirksamkeit eines Resilienz Programms zur Reduktion von Arbeitsbezogener Erschöpfung bei Onkologie Pflegenden zu messen.</p>	<p>sie bei jeder Aktivität teilnehmen konnten.</p> <p>Durch Selbstregulation lernten sie in stressigen Situationen entspannt zu bleiben, was das sympathische Nervensystem entspannt.</p> <p>Jede Teilnehmende Person schrieb seine eigenen Absichten auf wie sie Leben und Arbeiten möchten. Selbstevaluation zeigt die Wichtigkeit auf durch Integrität zu Leben und Arbeiten statt auf Akzeptanz und Anerkennung von Anderen zu warten. Verbindung zu Personen am Arbeitsplatz ist Wichtig um soziale Unterstützung zu haben und ermöglichen einen Austausch über stressige Situationen am Arbeitsplatz.</p> <p>Selbstpflegeinterventionen wurden gewählt um die Wichtigkeit von Regeneration der Energien und Motivation für den Pflegeberuf aufrecht zu erhalten.</p> <p>Die Leiter der Workshops waren eine Person des Sozialdienstes, eine der Seelsorge für Pflegenden und ein Assistenzarzt in Psychiatrie mit entsprechendem Training in Resilienz und Prävention.</p> <p>Es wurden zwei separate Interventionsprogramme für die Pflegenden entwickelt. Jedes davon umfasste vier 90-minütige Lektionen nach Arbeitsende der Pflegenden.</p> <p>Zwischen der dritten und vierten Woche konnten die Teilnehmenden in ein vier-stündiges Retreat zur Übung der Selbstpflegepraktiken und nahmen an einem heilenden Kunstprogramm teil.</p> <p>Die Teilnehmenden wurden zur arbeitsbezogenen Ermüdung, Zufriedenheit im Beruf und Burnout befragt.</p> <p>Messinstrumente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maslach Burnout Inventory (MBI)–Human Services Survey mit 22 Teilen, um das Vorkommen von berufsanhängigen Gefühle von 0 (nie) bis 6 (jeden Tag) und mit den Kategorien Emotionale Erschöpfung, Verlust von Persönlichkeit, Leistungsverminderung zu erfassen. Es wurde als Effektiv, passend, reliabel und valide für die Erfassung von Burnout eingestuft. Je höher die Punktzahl, desto höheres Risiko für Burnout. - ProQOL IV: zur Einschätzung von Arbeitsbezogener Müdigkeit mit 30 	<p>0.04, nach drei Monaten bei $p < 0.001$ und nach sechs Monaten bei $p 0.005$. So war der Punkt Übererregung sofort und langfristig eine positive Veränderung bei $p 0.01$, nach drei Monaten bei $p < 0.001$, nach sechs Monaten $p 0.006$. Verdrängung war signifikant tiefer nach drei Monaten bei $p 0.007$.</p> <p>Die Bewertung der Zufriedenheit im Beruf zeigte keine signifikanten Veränderungen.</p> <p>Die Evaluation der Teilnehmenden verlief positiv bei einem Range von 4-4.7 (1-5).</p>	<p>Gesundheitsfachpersonen ermöglichen.</p> <p>Das Programm wurde bereits 2011 erweitert, sodass 25 Personen eine Weiterbildung zur Leitung der Workshops besuchen konnten.</p> <p>Die kleine Stichprobe wurde als Limitation angesehen die ganzen Auswirkungen der Programms zu untersuchen und die Ergebnisse zu verallgemeinern. Die Teilnehmenden welche sich gemeldet haben, waren vermutlich offen für neue Bewältigungsstrategien. Es ist möglich, dass die Betroffenen Personen nicht teilnehmen wollten, da die Teilnahme auf freiwilliger Basis war und sich die Zeit von fünf Wochen zu lange anhörte.</p> <p>Die Resultate des Programms seien nur teilweise nutzbar, weshalb weitere Untersuchungen nötig sind. Zudem möchten die Forschenden herausfinden, ob das Programm die Zufriedenheit im Beruf, Verbesserungen in der Patientenzufriedenheit und Verminderung von Bereichs-, Berufswechsel der Pflegenden bewirken kann.</p>
--	---	---	---

	<p>Teilen. Es misst die Zufriedenheit des Mitgeföhls, sekundären traumatischen Stress und Burnout. Eine gute Validität und Reliabilitäts- coeffizienzrange wurde dem Instrument zugesprochen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impact of Event Scale–Revised (IES-R): ein 22- teiliges Instrument um eine subjektive Einschätzung von Stress auf Grund von traumatischen Erlebnissen während einer Woche. Bewertung von 0 (nicht) bis 4 (extrem). Mit seiner hohen internen Konsistenz und test-retest ist dieses Instrument Reliabel. - Nursing Job Satisfaction Scale: mit 28-Teilen kann diese Skala die Zufriedenheit der Pflegenden am Arbeitsplatz von 1 (zustimmend) bis 5 (nicht zustimmend) einschätzen. <p>Ethik</p> <p>Die Studie wurde von einem Ethikkomitee in Washington bewilligt. Die Teilnehmenden willigten die Teilnahme am Programm ein, informed consent wurde nach dem Aufklärungsgespräch eingeholt.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Es wurden wiederholte Messungen gemacht um die Ergebnissmasse als eine Funktion während einer Zeitspanne zu vergleichen. Eine Hypothese innerhalb des gemischten Modells wurde genutzt um die Messungen vor und nach den Interventionen zu messen, sowie der Durchschnitt der Zeitpunkte. Diese erzeugte einen 95% Konfidenzintervall für den Hauptunterschied der Messungen. Alle statistischen Test waren zweiseitig bei einem Signifikanzlevel von p 0.05. Die Analyse wurde mit dem SAS[®] Version 9.2 ausgeführt.</p>		
--	--	--	--

8. Kritische Würdigung, Gütekriterien und Evidenzlevel

AICA Hilfstabelle: zur systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N. & Crisp, J. (2013).

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Forschungsziel ist klar definiert, es wird mit empirischer Literatur hergeleitet und belegt. Es wurde eine sehr ausführliche Begründung für die Anwendung und Effekte von Achtsamkeitstraining dargelegt.</p>	<p>Design Es wurden keine Gefahren von interner und externer Validität thematisiert, somit ist dies nicht beurteilbar. Das gewählte Design, ein Mix zwischen einem qualitativen- und quantitativen Ansatz kann das zu untersuchende Phänomen vielschichtig erfassen.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobe ist für die Population nicht repräsentativ, da es sich um eine zu kleine Gruppe handelt. Es wurden keine drop-outs beschrieben, jedoch war die Rückgabe der Fragebögen und die Teilnahme an Fokusgruppen und Interviews nicht sehr hoch. Es wurde keine Vergleichsgruppe erstellt.</p> <p>Datenerhebung Mit diesem Phänomen hätten die Forschenden eine RTC machen können, um mit Vergleichsgruppen eindeutigere Ergebnisse erzielt werden könnten. Bei dieser Methode besteht die Gefahr einer schmalen Rücklaufquote wie es bei dieser Studie der Fall war, was das Ergebnis beeinflusst, da kein klarer Vergleich gemacht werden kann zwischen pre- und post Intervention.</p> <p>Messverfahren Die verwendeten Messinstrumente werden von den Forschenden als valide und teils reliabel beschrieben. Die Auswahl wird teilweise zu kurz begründet. Es wird nicht auf Verzerrungen oder Einflüsse eingegangen.</p> <p>Datenanalyse Das Vorgehen bei der Datenanalyse wurde beschrieben und sinnvoll angewendet. Auf Grund der zu geringen Rücklaufquote ist eine Beurteilung der Daten erschwert, da diese das Ergebnis beeinflussen. So wurde in der Pre-intervention bis zu 40 Teilnehmende befragt und in der Post-</p>	<p>Qualitativ: Die Ergebnisse zeigen reichhaltige und unterschiedliche Daten von Interviews. Sie sind im Kontext verankert und haben eine präzise Bedeutung. Kategorien wurden gebildet, mit Zitaten belegt und in sich unterscheidbar.</p> <p>Quantitativ: Die Tabelle mit den Quantitativen Ergebnissen wird nicht wieder im Text erläutert, sie beinhaltet Legenden, ist in der Übersicht schwer zu lesen.</p>	<p>Die Forschungsfrage wird beantwortet, jedoch sind viele Lücken und Wiederholungen vorhanden. In der Diskussion wird kaum auf die quantitativen Ergebnisse eingegangen. Die Ergebnisse zeigen, dass sicherlich ein Bedarf für ein solches Training besteht. Was für die geringe Rate der Durchführung der Übungen geführt hat ist unklar. Zudem kann nicht nachvollzogen werden wie der Effekt diese Intervention war und ob die Vorgehensweise bei der Studie die korrekte war, da sie viele Lücken aufweist. Die Ergebnisse sind nur bedingt für den Pflegealltag brauchbar auf Grund der schwammigen Ergebnisse. Die Studie zeigt auf, dass ein grosser Forschungsbedarf besteht bei Resilienz stärkenden Interventionen.</p>

	<p>intervention nur noch 26-28. So lässt sich nur schwer einen Vergleich ziehen.</p> <p>Ethik</p> <p>Es ist nicht beschrieben in wie fern die Teilnehmerinnen untereinander Anonym waren, ob sie sich während der Interventionszeit ausgetauscht und sich Beziehungen gebildet haben. Zudem wurde die Beziehung zwischen den Forschenden und Teilnehmerinnen nicht beschrieben.</p>		
--	--	--	--

Gütekriterien nach Steinke und Flick (2010):

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit:

Die Forschenden leiten die Thematik logisch und evidenzbasiert her. Die Daten wurden mittels eines SPSS transformiert, transkribiert, codiert und kategorisiert. Demnach ist die Vorgehenseise nachvollziehbar beschrieben und kodifizierbare Verfahren einbezogen. Die Informationsquellen wurden benannt, was Transparenz schafft.

Indikation des Forschungsprozesses: Die Anwendung eines qualitativen Ansatzes macht Sinn, da es in dieser Studie mit einem quantitativen gemischt wurde und sich so die Thematik gut untersuchen lässt. Das Sample ist nicht repräsentativ und mit einer sehr homogenen Gruppe von 40 Frauen nicht die ideale Stichprobe, jedoch für eine Pilotstudie ausreichend. Die Rekrutierung ist nicht vollständig beschrieben, da der Prozess unterbrochen wurde nach dem 40 Personen gefunden wurden, ohne Begründung, Ein-, Ausschlusskriterien.

Empirische Verankerung: Es ist nicht nachvollziehbar ob ausreichende Textbelege vorhanden waren, um die Theorie der Forschenden zu belegen. Zudem wurde nicht beschrieben, wie mit Widersprüchen oder Abweichungen umgegangen wurde.

Limitation: Die Studie ist durch das Design in der Aussagekraft eingeschränkt, da es sich um eine before-after-study handelt. Es wurden die gleichen Individuen vor- und nach der Intervention getestet, wobei eine Veränderung der Einschätzung der Teilnehmenden gegeben war, was die Interpretation der Ergebnisse erschwert.

Kohärenz: Die Forschenden haben keine Fragen oder Widersprüche dargelegt, wodurch dies nicht beurteilbar ist. Es wurde lediglich auf den weiteren Forschungsbedarf hingewiesen mit entsprechenden Vorschlägen. Es sind viele Lücken und Wiederholungen vorhanden, was sich auf Verzerrungen und Einflüsse der Messverfahren und der Ableitung der Ergebnisse auf Grund einer geringen Rücklaufquote bezieht.

Relevanz: Die Relevanz des Forschungsgegenstandes ist gegeben, da es sich um eine bisher wenig erforschte Thematik handelt. Die Studie gibt einen Vorschlag für eine mögliche Intervention, welche weiter entwickelt und deren Effekt erforscht werden muss.

Reflektierte Subjektivität: Es ist nicht beschrieben mit wem die Interviews durchgeführt wurden, noch wie die Beziehung zwischen den Teilnehmenden und den Forschenden war. Dies schränkt die Subjektivität der Studie ein.

Schlussfolgerung: Die Studie ist nicht repräsentativ auf Grund der zu kleinen Stichprobe. Zudem sind einige Lücken in der Methodik zu erkennen, das Design an sich ist schwierig, da die Messungen vor und nach der Intervention durchgeführt wurden und Veränderung der Einschätzung der Menschen gegeben war, jedoch nicht diskutiert wurde. Diese Gründe vermindern die Transparenz und die Qualität der Studie.

Evidenzlage nach DiCenso, Bayley & Haynes (2009): Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der «6-S» Pyramide. Sie entspricht demnach einer primär datenbasierten Studie.

AICA Hilfstabelle: zur systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., Vickers, M. (2013).

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beschreibt eine mögliche Lösung für die Beantwortung der Bachelorarbeit und behandelt somit ein wichtiges Thema der Pflege. Das Thema ist nachvollziehbar hergeleitet und mit relevanter Literatur belegt. Das Ziel der Untersuchung ist klar beschrieben, eine Forschungsfrage an sich ist nicht aufgeführt. Die Dringlichkeit der Arbeit ist im Background vertieft aufgeführt und begründet.</p>	<p>Ansatz/Design Der gewählte Ansatz ist nicht ganz Nachvollziehbar, da durch die Fallstudie keinen Vergleich mit einer Kontrollgruppe gemacht werden kann. Dies ist ein wichtiger Punkt beim Beweis für den Effekt einer Intervention. Die Fallstudie kann andererseits die Auswirkung der Intervention auf den individuellen Menschen und so den Effekt der Intervention aufzeigen.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für die Population, da es sich um Mitarbeitende in nur einem Spital handelt. Die Stichprobengröße ist für ein qualitatives Design angemessen, jedoch nicht repräsentativ, nicht begründet aber von den Forschenden diskutiert. Das Setting ist kurz erwähnt, jedoch nicht näher beschrieben. Die Teilnehmerinnen sind grob erwähnt, jedoch sind keine genaueren Beschreibungen wie Ein-, Ausschlusskriterien vorhanden. Fraglich ist, ob sich tatsächlich nur Frauen für das Projekt gemeldet haben.</p> <p>Datenerhebung Die Teilnehmerinnen erleben die Intervention und berichten über dessen Effekt auf persönlicher und professioneller Ebene. Die Vorgehensweise zur Datenerhebung ist genau und nachvollziehbar beschrieben. Die Datensättigung wird nicht diskutiert. Die Selbstbestimmung wird insofern beschrieben, dass die Teilnehmerinnen sich freiwillig für die Studie gemeldet hatten.</p> <p>Datenanalyse Die Vorgehensweise zur Datenanalyse ist klar und präzise beschrieben, sowie mit Referenzen belegt. Es wird aufgezeigt wie die Daten analysiert wurden, sowie Schwierigkeiten diskutiert. Somit ist die Analyse nachvollziehbar. Massnahmen zur Glaubwürdigkeit der Daten wurden nicht explizit erwähnt, jedoch sind Dokumentationen der Daten vorhanden.</p>	<p>Die Ergebnisse stützen sich auf die Interviews, zeigen teilweise eindruckliche Zitate auf und sind das Produkt einer umfassenden, reichhaltigen Datenmenge. Es wird genau beschrieben, in welchem Teil welche Aussage gemacht wurde und ist somit nachvollziehbar. Die Ergebnisse sind so dargelegt, dass die positiven Effekte der Intervention hervorgehen. Die Zusammenhänge der Kategorien mit dem Phänomen sind aufgeführt und nachvollziehbar.</p>	<p>Die Ziele der Studie wurden erfüllt, sie haben die individuellen Effekte der Intervention auf die Teilnehmenden aufgezeigt und davon Schlussfolgerungen für die Praxis und Ausbildung abgeleitet. Die Ergebnisse sind für die Pflege sehr relevant, da viele Pflegenden mit arbeitsbezogener Fatigue und Burnout konfrontiert sind. Die Ergebnisse werden mit empirischer Literatur verglichen und ergänzt. Das Forschungsziel wurde durch die Ergebnisse erreicht und wurde weiterführend diskutiert. Das Programm soll bereits in der Ausbildung der Pflegenden oder in Betrieben eingesetzt werden, um die Resilienz und damit die Zufriedenheit am Arbeitsplatz zu fördern. Die Forschenden diskutieren Limitierungen der Studie. Dabei ist zu beachten, dass die Studienleitung die Gruppenleitung während der Intervention war.</p> <p>Schlussfolgerung Die Schlussfolgerung fasst die Ergebnisse kurz zusammen und bieten einen Ausblick und brauchbare Empfehlungen für die Zukunft. Die Forschenden sind überzeugt, dass dieses Programm die Mitarbeiterzufriedenheit stärkt.</p>

	<p>Ethik Die relevanten ethischen Themen wurden berücksichtigt, jedoch wird nicht beschrieben, wie sehr die Forschenden selber im Projekt in Kontakt mit den Teilnehmenden kamen und wie deren Beziehung war.</p>		
--	--	--	--

Gütekriterien nach Steinke und Flick (2010):

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit: Das Vorverständnis der Forschenden ist klar dargelegt und mit Literatur begründet. Es wird Bezug genommen auf die Vorläufer Studie der Autoren, die Erhebungsmethoden werden aufgezeigt und sind nachvollziehbar, wobei viele Lücken in der Beschreibung der Datenerhebung erkennbar sind (z.B. Interviewtyp). Die Dokumentation der Datenanalyse ist klar und präzise beschrieben, das Vorgehen der Datenanalyse ist dokumentiert worden und in der Studie nachvollziehbar. Zitationen von Teilnehmenden sind als solche beschrieben, sowie Beobachtungen und Feldnotizen. Interpretation in Gruppen wurde in der Studie nicht beschrieben.

Indikation des Forschungsprozesses: Bei der Methode der Studie hätten die Forschenden einen anderen Ansatz wählen und eine RCT mit Vergleichsgruppen machen können, um den Effekt mittels statistischen Verfahren auf zu zeigen. Andererseits ist das Erfassen der subjektiven Wirkung der Intervention wichtig, um Erfahrungen der Teilnehmenden zu erfassen und die Wirkung auf persönlicher Ebene zu untersuchen.

Empirische Verankerung: Kodifizierte Verfahren wurden zur Analyse angewendet. Das Ziel der Untersuchung wurde klar beschrieben und lässt neue Erkenntnisse zu. Widersprüche oder Abweichungen wurden nicht als solche diskutiert. Die Studie ist empirisch verankert, jedoch mit deutlichen Lücken im Forschungsprozess.

Limitation: Limitationen wurden aufgezeigt

Kohärenz: Die von den Forschenden entwickelte Theorie ist in sich kohärent, jedoch wird nicht ausreichend auf Widersprüche, offene Fragen oder Abweichungen eingegangen.

Relevanz: Die Forschungsthematik ist für die Pflege hochgradig relevant. Es wird ein Versuch gemacht ein Training zur Resilienzstärkung von Pflegenden bezüglich seines Effekts zu beschreiben, wobei die Forschenden auf eine weitere Untersuchung bezüglich der Wirksamkeit hinweisen.

Reflektierte Subjektivität: Bei dieser Studie besteht die Gefahr der Intersubjektivität, weil die Studienleiterin die Gruppenleiterin während der Intervention war. Näher wurde dieser Punkt nicht beschrieben und lässt offen, inwiefern die Rolle der Forschenden in der Studie Gewicht hatte.

Schlussfolgerung: Die Studie lässt keinen differenzierten Durchblick bezüglich der Abweichungen oder Widersprüche zu, sie ist empirisch verankert, in sich kohärent und hat eine hohe Relevanz. Die Untersuchung ist nicht repräsentativ auf Grund der kleinen Stichprobe, jedoch sind die Ergebnisse wichtig für eine weitere Entwicklung der Intervention. Sie lassen einen Einblick ins Erleben eines Resilienztrainings zu und zeigt die Wichtigkeit der einzelnen Thematiken auf.

Evidenzlage nach DiCenso, Bayley & Haynes (2009): Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der «6-S» Pyramide. Sie entspricht demnach einer primär datenbasierten Studie.

AICA Hilfstabelle: zur systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., Moss, M. (2014).

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beschreibt eine essentielle Frage der Pflegepraxis, sowie die der Bachelorarbeit. Die Forschungsfragen sind klar formuliert, enthalten keine Hypothesen. Das Problem wird anhand ausreichender Literatur begründet und logisch dargestellt.</p>	<p>Design Das Design passt zur Forschungsfrage, denn ein Vergleich der durchgeführten Intervention zur Kontrollgruppe ist möglich. Dies kann die Validität beweisen. Die interne Validität ist durch die Verwendung der geeigneten Messinstrumente gegeben und die externe Validität durch die korrekte Auswahl der Teilnehmenden im Arbeitsumfeld der IPS.</p> <p>Stichprobe Es handelt sich um eine gemischte Gruppe, wobei der Anteil der männlichen Personen die Hälfte der weiblichen entspricht aber für die Zielpopulation realistisch, jedoch nicht repräsentativ mit einer Stichprobe von 27 Personen. Anfänglich wurden 33 Personen rekrutiert, sechs davon stiegen aus wodurch die Ergebnisse nicht essentiell beeinflusst werden durch die geringe Anzahl der Drop-Outs.</p> <p>Die Vergleichsgruppe weist einen um acht Prozent grösseren männlichen Anteil auf als die Interventionsgruppe, wobei der weibliche Anteil um sechs Prozent kleiner ist als in der Interventionsgruppe. Der Anteil an Personen mit Kindern ist bei der Kontrollgruppe bei 14% und bei der Interventionsgruppe bei 25% wodurch die Belastung der Interventionsgruppe höher ist, zudem haben diese eine geringere Berufserfahrung auf einer IPS als die der Kontrollgruppe.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung durch schriftliche Fragebögen/Einschätzungsinstrumente ist sehr sinnvoll für die Beantwortung der Fragestellung und liefert klare Ergebnisse zur Akzeptanz der Teilnehmenden und der Effektivität der Interventionen. Durch die Kombination mit dem qualitativen Ansatz für die schriftlichen Aufgaben konnte aufgezeigt werden wie die Teilnehmenden die Belastungen erleben und wurde als Übung genutzt sich selbst auszudrücken. Die Daten sind von beiden Gruppen erhoben worden.</p> <p>Messverfahren/Intervention</p>	<p>Die Ergebnisse werden in übersichtlichen Tabellen dargestellt und ergänzen den schriftlichen Text durch die nicht signifikanten Ergebnisse. Jedoch weisen nur wenige Punkte eine Signifikanz auf im Vergleich zur Interventions- und Kontrollgruppe. Zudem gibt es wenig signifikante Ergebnisse zwischen den Messungen vor- und nach der Intervention. Jedoch eine klare Reduktion der Symptome in der Interventionsgruppe, wobei auch bei der Kontrollgruppe Reduktionen in den Symptomen sichtbar sind.</p>	<p>Die Demografischen Daten und deren möglichen Auswirkungen wurden nicht thematisiert. Ansonsten wurden alle Resultate diskutiert, wobei nicht ganz klar ist, ob die Interventionen während der Arbeitszeit durchgeführt wurden oder zu Hause.</p> <p>Die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen und durch deren Ergebnisse ergänzt. So wird beschrieben, dass Resilienz durch ein positives soziales Netz wie die Familie, starkes Personal, professionelle Beziehungen durch Kommunikation, zwischenmenschliche Verbindungen und emotionale Unterstützung gestärkt wird. Zudem wurden als gesunde Bewältigungsstrategien körperliches Training und spirituelle Ressourcen beschrieben.</p> <p>Die Studie ist sehr sinnvoll und beantwortet die Fragestellungen. Die Autor_innen gehen realistisch auf die Limitationen der Studie ein.</p> <p>Die Interventionen sind in der Praxis anwendbar, wobei es auf die Pflegefachpersonen selber ankommt in welcher Regelmässigkeit sie diese in ihrem Alltag anwenden. Vom Betrieb aus sollten</p>

	<p>Die benutzten Messverfahren sind laut Autoren der Studie reliabel, wobei die Validität nur bei wenigen beschrieben ist. Die Messinstrumente werden mit eindeutigen Zahlen belegt. Keine Verzerrungen sind beschrieben.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Es ist beschrieben welche Tests genutzt wurden um die Daten zu analysieren. Diese scheinen sinnvoll für die Beantwortung der Forschungsfragen. Die Ergebnisse der Tests erlauben einen Vergleich der beiden Gruppen, wobei das Signifikanzniveau klar beschrieben wurde.</p> <p>Ethik</p> <p>Um die Neutralität, Blindheit der Forschenden zu bewahren und Einflüsse auf die Teilnehmenden zu vermeiden, wurde eine neutrale Person beigezogen, welche den Teilnehmenden Nummern zugewiesen hat.</p>		<p>zusätzliche Zeitfenster geschaffen werden, um die Achtsamkeitsübungen im Klinikalltag durchzuführen. Die beschriebene Vorgehensweise könnte in anderen Bereichen angewendet werden, da die hohen Stresslevels und Arbeitsbelastungen in den meisten Institutionen herrschen.</p>
--	---	--	---

Gütekriterien nach Bartholomeyczik(2008):

Objektivität: Die Studie ist in der Objektivität eingeschränkt auf Grund der Teilnehmenden der beiden Gruppen, welche auf der gleichen Abteilung arbeiteten. Dies wurde als Limit beschrieben, da ein Austausch unter den Personen nicht verhindert werden konnte und teilweise für ähnlich gute Resultate von Interventions- und Kontrollgruppe sorgte. Eine Externe Person wurde mit einbezogen, um die Neutralität der Forschenden zu bewahren, was die Objektivität erhöht.

Reliabilität: Die Reliabilität der verwendeten Messinstrumente wurde von den Forschenden beurteilt und dementsprechend in der Studie angewendet. Die Reliabilität dieser Studie scheint gegeben zu sein, auf Grund der Nachvollziehbarkeit der Methode.

Validität: Das Forschungsdesign ist nachvollziehbar und angemessen, es ermöglicht einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe. Die interne Validität ist gegeben durch die von den Forschenden überprüften Messinstrumente. Die externe Validität ist durch die korrekte Auswahl der Teilnehmenden gegeben.

Schlussfolgerung: Diese Studie macht einen sehr guten Gesamteindruck von der allgemeinen Qualität und der Methode. Es handelt sich um eine heterogene Stichprobe, eine nachvollziehbare Methodik und von den Forschenden klar diskutierte Limitationen.

Evidenzlage nach DiCenso, Bayley & Haynes (2009): Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der «6-S» Pyramide. Sie entspricht demnach einer primär datenbasierten Studie.

AICA Hilfstabelle: zur systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Potter, P., Deshields, T., Allen Berger, J., Clarke, M., Olesen, S., Chen, L. (2013).

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beinhaltet ein relevantes Programm zur Resilienzstärkung was die Relevanz für die Bachelorarbeit begründet. Das Forschungsziel ist klar begründet und den Forschungsbedarf anhand von relevanter Literatur aufgezeigt. Eine Forschungsfrage ist nicht definiert.</p>	<p>Die Verbindung mit dem Forschungsdesign und dem –ziel scheint nachvollziehbar. Mit den Messungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten wird die Wirksamkeit der Intervention eindeutiger bewiesen. Es werden keine internen und externen Validitätsgefahren genannt, jedoch wurde beschrieben, dass die Forschenden nicht selber die Studienleiter waren, sondern andere genannte Personen.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Die Stichprobe ist für die Zielpopulation nicht repräsentativ, dafür müsste diese definitiv eine grössere und heterogene Stichprobengruppe umfassen. Die Grösse wird nicht begründet. Eine Person fiel aus der Studie mit einer Begründung, was die Ergebnisse jedoch nicht beeinflusst. Es gab keine Kontrollgruppe.</p> <p>Die Methoden zur Datenerhebung war für alle Teilnehmenden gleich und von allen erhoben. Die Messinstrumente sind laut Forschenden valide und reliabel, ausreichend beschrieben und begründet. Es wurde nicht auf Verzerrungen eingegangen.</p> <p>Die Verfahren zur Datenanalyse wurden erklärt, scheinen sinnvoll und erlauben eine Beurteilung. Das Signifikanzniveau ist festgelegt worden. Ethische Fragen wurden nicht explizit erwähnt, jedoch fand ein Gespräch mit den Teilnehmenden statt.</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise und ausführlich dargelegt und beschrieben. Es werden übersichtliche und Vollständige Tabellen genutzt als Ergänzung zum Text.</p>	<p>Alle relevanten Resultate werden diskutiert, es wird aufgezeigt welche Auswirkungen die signifikanten und nicht signifikanten Ergebnisse haben. Das Forschungsziel konnte nicht vollständig erreicht werden, jedoch ist die Evaluation gelungen. Die Wichtigkeit eines Resilienz Programms wurde aufgezeigt und die Auswirkungen auf die Praxis diskutiert. Es wurde ersichtlich, dass weitere Forschungen mit grösseren Stichproben erfolgen müssen, um alle Auswirkungen der Intervention zu beweisen.</p> <p>Die Studie ist sehr sinnvoll und die Resultate direkt ableitbar. Die Stärken und Schwächen der Studie wurden diskutiert, wobei dieser Teil nicht ganz Vollständig erscheint. Es wird nicht beschrieben, welchen Einsatz die Forschenden selber hatten, ob zusätzlich noch quantitative Daten erhoben wurden durch das Anfängliche Gespräch.</p>

Gütekriterien nach Bartholomeyczik (2008):

Objektivität: Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist gegeben durch das Vorverständnis der Forschenden bezüglich der Thematik, des Kontexts und der Erhebungsmethoden. Die Messinstrumente wurden von den Forschenden als reliabel und valide eingeschätzt.

Reliabilität: Die Forschenden nutzten Messinstrumente die als reliabel eingeschätzt wurden. Die Studie an sich zeigt eine transparente Methode, welche jedoch mit einigen Lücken und Unklarheiten behaftet ist.

Validität: Das Forschungsdesign ist für das Ziel der Forschung angemessen und ermöglicht eine statistische Übersicht der Ergebnisse. Die Studie ist durch das Design in der Aussagekraft eingeschränkt, da es sich um eine before-after-study handelt. Es wurden die gleichen Individuen vor- und nach der Intervention getestet, wobei eine Veränderung der Einschätzung der Teilnehmenden gegeben war, was die Interpretation der Ergebnisse erschwert.

Schlussfolgerung: Die Studie macht einen qualitativ guten Eindruck, jedoch sind einige Lücken in der Methode vorhanden und es wird nicht auf Verzerrungen eingegangen.

Evidenzlage nach DiCenso, Bayley & Haynes (2009): Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der «6-S» Pyramide. Sie entspricht demnach einer primär datenbasierten Studie.

9. Empfehlungen für Pflegende – Anleitung

Folgende Übungen empfiehlt Regula Bögli, dipl. Resilienztrainerin CZO:

Rasche Hilfe bei Stress – 4 Übungen

Übung 1: Grins-smelli

1. Entspanne als erstes dein Gesicht, also deine Wangenmuskel und deine Muskeln auf der Stirn. Mache den Mund dabei ein bisschen auf. Lasse alles im Gesicht los.
2. Jetzt ziehst du deine Mundwinkel langsam Richtung Ohren. Mach das Lächeln dabei so breit wie möglich. Sooo breit, dass das Lächeln Fältchen unter den Augen macht, also dass das Lächeln wirklich bei den Augen ankommt. Halte diesen Ausdruck 20-60 Sekunden lang.
3. Jetzt lass wieder alles los im Gesicht
4. Spüre nach, wie du dich jetzt fühlst.

Übung 2: Wasserwunder

1. Denke, während des Händewaschens oder des Duschens an eine Situation, die dich gerade stresst. Nimm deine Gedanken wahr und fühl das Gefühl, das dahinter steckt z.B. Ärger, Wut, Angst, Enttäuschung, Überforderung.
2. Stell dir vor, dass die Gedanken und das Gefühl mit dem Wasserstrahl an dir oder an deinen Händen herunter fließen und einfach im Abfluss verschwinden.
3. Sprich aus was du loslassen willst: „Ich lasse los und spüle meine Enttäuschung darüber weg, dass mein Kollege sich über meinen Vorschlag lustig gemacht hat“.
4. Spüre nach wie sich das anfühlt.

Übung 3: Theater

Wenn du in einer Situation bist in der du dich über andere aufregen würdest:

1. Gehe gedanklich aus der Situation heraus - nimm etwas Abstand. Geh z.B. zur Toilette oder an den Kopierer.
2. Stell dir bildlich vor in welcher Art von Film oder Theater du dich gerade befinden könntest. Oder wie dein Lieblingskomiker gerade eine Anekdote über diese Situation erzählt.
3. Spüre der Wirkung mal nach. Was macht die Übung mit dir?

Übung 4: Zeitbogen

1. Stelle dir vor wie du in einem Tag über diese Situation denkst. In einer Woche - in einem Jahr.
 2. Wenn du dir die Situation in einem Jahr vorstellst ärgerst du dich auch noch darüber?
 3. Auf einer Skala von 1-10: Wie schlimm ist die Situation jetzt noch für mich?
-

Optimismus und Selbstwirksamkeit lernen

Pessimistische Gedanken in optimistische Umwandeln:

Ich bin völlig am Ende → *Ich bin zur Zeit ziemlich erschöpft.*

Wenn ich mich sehr anstrenge, kriege ich es vielleicht hin → *Ich bin begabt und einfallsreich.*

Meine Kollegen sind besser als ich → *Ich vertraue auf meine Fähigkeiten.*

Diese Aufgabe habe ich ganz gut erledigt → *Ich bin eine gute... (z.B. Lehrerin, Mutter)*

Eine weitere Möglichkeit Optimismus zu trainieren empfiehlt Bannik (2012):

Schreiben Sie einige Wochen, jeden Abend einen Satz über das schönste Erlebnis vom Tag auf (...). Ein Satz kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden:

„Heute habe ich von meinem Chef ein Kompliment bekommen.“

Global: „Ich bin offensichtlich ein guter Mitarbeiter“.

Stabil: „Das ist schon länger so, denn ich habe schon einmal ein Kompliment von ihm bekommen“.

Intern: „Ich bekomme dieses Kompliment, weil ich zuverlässig bin und wie ich schon selbst bemerkt habe, gut bei solchen Aufgaben bin“.

So kann der Glaube an mich Selbst (Selbstwirksamkeit) trainiert werden:

-
- Achte in der nächsten Zeit einmal auf alles, was gut in Deinem Leben läuft und was nicht geändert werden muss.
 - Wie kriegst Du das hin?
 - Achte darauf, was auf keinen Fall verändert werden darf, da es gut funktioniert und Dir gut tut.
 - Beobachte was andere Menschen gut machen und wie sie das hinbekommen. Was könntest Du davon gebrauchen?
-

Bodyscan

Direkt übernommen aus Frey, H. (2015):

Setz dich in einen bequemen Stuhl oder Sessel oder lege dich in dein Bett, auf das Sofa, auf deine Yogamatte oder eine dicke Decke. Nicht nur dein Geist soll mit der Übung zur Ruhe kommen, sondern auch dein Körper. Versuche trotzdem, wach und aufmerksam zu bleiben und während der Übung nicht einzuschlafen:

- Achte darauf, dass du bequem sitzt oder liegst, die Arme liegen neben dem Körper oder liegen bequem auf den Oberschenkeln.
- Beginne tief ein und aus zu atmen. Schliesse mit dem Ausatmen die Augen und komm langsam zur Ruhe.
- Sobald du merkst, dass deine Gedanken abschweifen, komme mit deiner Aufmerksamkeit und deiner Konzentration wieder zurück zur jeweiligen Körperregion.
- Beginne mit deinen Füßen. Fühle, an welchen Stellen die Füße den Boden oder die Unterlagen berühren und nimm deine Fersen, die Fusssohlen, die Zehen und den Fussspann ganz bewusst wahr.
- Spüre dann in deine Unterschenkel hinein, die Waden und die Schienbeine.
- Wandere dann mit deiner Aufmerksamkeit in die Knie, die Oberschenkel und fühle, wo die Oberschenkel die Unterlage oder den Stuhl berühren.
- Wandere dann mit deiner Konzentration in deinen Bauch. Atme tief in den Bauch hinein und dann spüre, wie sich deine Bauchdecke beim Atmen hebt und senkt.
- Fühle, wo der Rücken anliegt. Sind die unteren Rückenmuskeln entspannt? Überprüfe, ob die Schultern locker nach unten hängen.
- Dann lässt du die Gesichtsmuskeln entspannen, überprüfe, ob der Unterkiefer locker ist, ob die Augenlider ganz locker aufeinander aufliegen.
- Spüre danach in deine Arme hinein. Nimm wahr, an welchen Stellen deine Arme aufliegen und fühle in die Oberarme, die Ellenbogen, die Unterarme und in deine Finger hinein.
- Bereite dich dann darauf vor die Übung abzuschliessen. Mit einer der nächsten Ausatmungen öffnest du deine Augen wieder. Nimm einige tiefe Atemzüge und strecke und räkle dich.

Kurzversion des Body-Scans: 10-15 Minuten; ausführliche Version: bis zu 45 Minuten

Expressives Schreiben

Direkt übernommen aus Schulze, T. (2013):

Ort und Zeit: Suche dir einen ruhigen, ungestörten und privaten Ort. Du kannst dir die Zeit selbst aussuchen, wobei die Zeit vor dem Schlafen in der Regel nicht empfohlen wird.

Plane danach Ruhephasen ein.

Thema: Am besten suchst du dir ein Thema aus, das dir besonders wichtig ist und dich emotional berührt. Vielleicht etwas, das dich schon länger beschäftigt oder bedrückt. Du musst nicht jeden Tag das gleiche Thema nehmen, auch wenn es für den positiven Effekt besser ist, sich vollkommen darauf einlassen zu können. Wähle aber ein neues Thema wenn du das Gefühl hast, dass du alle Gedanken und Emotionen niedergeschrieben hast.

Kontinuität: Schreibe mindestens an drei bis vier Tagen für jeweils 15 Minuten (Wecker stellen). Es kann sein, dass du am dritten oder vierten Tag Schwierigkeiten hast, das Thema wieder aufzunehmen. Aber eben die erneute Aufnahme wirkt sich am Ende positiv aus.

Ehrlichkeit: Werde dir bewusst, dass deine Texte nur für dich bestimmt sind, um ganz ehrlich mit dem Thema umgehen zu können. Wenn es dir hilft, kannst du die Texte im Anschluss an den Schreibprozess zerreißen, beziehungsweise löschen.

Gefühle: Es ist möglich, dass du danach traurig oder erschöpft bist. Mach dir keine Gedanken, die negativen Emotionen verschwinden meist wieder nach ein paar Stunden. Falls dich die Thematik aber besonders aufwühlt und negative Emotionen hervorrufen, dann wechsle lieber das Thema oder breche die Schreibphase ab.

Literaturverzeichnis Anhang

Acceptance and Commitment Therapy. Heruntergeladen von:

<http://www.akzeptanz-commitment-therapie.de/act/ueberact.html>

Bannik, F.P. (2012). Praxis der Positiven Psychologie.

Göttingen: Hogrefe.

Bögli, R., dipl. Resilienztrainerin CZO.

Persönlicher Kontakt, 2018.

Frey, H. (2015). Projekt gesund leben. Heruntergeladen am 31.03.2018 von

<http://www.projekt-gesund-leben.de/2015/03/anleitung-zum-body-scan-mbsr-uebung/>

Positive Psychologie. Heruntergeladen von:

<http://www.mfgschwind.ch/blog/was-ist-positive-psychologie>

Traumatherapie. Heruntergeladen von

<http://www.hess-psy.ch/traumatherapie.html>

Schulze, T. (2013). Expressives Schreiben – Eine effektive Methode der emotionalen

Verarbeitung. *Aware*. Heruntergeladen am 30.03.2018 von

<http://aware-magazin.ch/2013/03/expressives-schreiben-eine-effektive-methode-der-emotionalen-verarbeitung/>