

Bachelorstudiengang

Frühlingssemester 2022/2023

Belastungen der Pflegepersonen in der Akutpsychiatrie der PDAG

Bachelor Thesis

Autor:

Tobias Pfister

Betreuungsperson:

Dr. Mirjam Fuhrer

Praxispartnerin / Praxispartner:

Psychiatrische Dienste Aargau AG

Prof. Dr. med. Marc Walter

Abgabedatum: 05. Juni 2023

Ort: Olten

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich während der Erarbeitung der Bachelorarbeit unterstützt haben. Besonderer Dank gilt der PDAG und meinem Auftraggeber, Herrn Prof. Dr. med. Marc Walter, welcher mir ermöglicht hat, in einem extrem spannenden Arbeitsumfeld forschen zu können und mir dabei stets die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellte. Weiter danke ich Frau Dr. Mirjam Fuhrer für die konstruktiven, bereichernden Meetings und ihre fachliche und professionelle Unterstützung. Dankbar bin ich auch den Mitarbeitenden der Akutpsychiatrie, welche sich Zeit für Interviews und den Fragebogen genommen haben und damit einen wesentlichen Teil zur Untersuchung in der PDAG beigetragen haben. Ein grosser Dank gilt meiner Freundin Sara, welche mich in dieser intensiven Zeit stets motiviert und unterstützt hat. Zuletzt danke ich meinen Eltern Helene und Frank, welche sich grosszügig bereit erklärt haben, meine Bachelorarbeit gegenzulesen. Danke!

Abstract

Im Bereich der Pflege sind vielfältige Belastungen im Arbeitsalltag vorhanden, gewisse wie beispielsweise der Personalmangel werden auch häufig in Medien diskutiert. Sind diese Belastungen auch im Akut-Bereich der psychiatrischen Pflege vorhanden und gibt es auch Belastungen, welche speziell im Setting der Psychiatrie auftreten? Diese Frage beschäftigt auch die Psychiatrischen Dienste Aargau AG. Um dies zu untersuchen, wurden 40 Pflegepersonen der Akutpsychiatrie in einem Fragebogen dazu befragt, welche Belastungen in ihrem Arbeitsalltag auftreten und wie sich ihr Umgang mit diesen gestaltet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Belastung unter den Pflegepersonen vor allem aufgrund von Personalmangel, Zwangsmassnahmen und verbaler Gewalt entstehen. Dabei konnte anhand von Korrelationen gezeigt werden, dass je häufiger Personalmangel und Zwangsmassnahmen auftreten, desto stärker wird die Belastung durch diese Faktoren wahrgenommen. Die meisten Pflegepersonen wählen als Copingstrategie Gespräche mit Arbeitskolleginnen und -kollegen oder Gespräche mit Personen aus dem privaten Umfeld, um die Belastungen abmildern zu können. Anhand der Ergebnisse wurden Handlungsempfehlungen formuliert, welche das Ziel haben, den Umgang der Pflegepersonen mit Belastungen zu stärken. Die auf Basis der Literatur entwickelten Hypothesen konnten anhand von Tests auf Gruppenunterschiede nicht bestätigt werden.

key words: Belastung, psychiatrische Pflege, transaktionales Stressmodell, Copingstrategien, Salutogenese-Modell,

Zeichenanzahl Bericht: 92'562

Anzahl Wörter Abstract: 181

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Praxispartner.....	2
1.2 Fragestellung und Hypothesen.....	4
1.3 Aufbau.....	6
2. Theoretische Fundierung	7
2.1 Begriffsdefinition.....	7
2.1.1 Belastung und Beanspruchung.....	7
2.1.2 Definition Akutpsychiatrie.....	8
2.1.3 Definition Pflegepersonal.....	8
2.2 Salutogenese Modell.....	9
2.3 Transaktionales Stressmodell von Lazarus und Folkman.....	14
3. Methode	19
3.1 Untersuchungsdesign.....	19
3.2 Datenerhebung.....	20
3.3 Explorativ Interviews.....	21
3.4 Fragebogen.....	22
3.5 Pretest.....	23
3.6 Beschreibung der Stichprobe.....	24
4. Ergebnisse	25
4.1 Themenblock - Belastung in der Akutpsychiatrie.....	25
4.1.1 Belastungsarten.....	28
4.1.2 Verbale Gewalt.....	32
4.1.3 Personalmangel.....	33
4.1.4 Körperliche Gewalt.....	34
4.1.5 Zwangsmassnahmen.....	34
4.2. Themenblock - Umgang mit Belastung.....	36
5. Diskussion	40
5.1 Interpretation der Ergebnisse.....	40
5.2 Gestaltungshinweise und Handlungsempfehlungen.....	44
5.2.1 Reduzierung von Belastung anhand von sozialer Unterstützung / Gesprächen.....	45
5.2.2 Sensibilisierung des Pflegepersonals für den Einsatz von Zwangsmassnahmen.....	46
5.2.3 Verbale Gewalt bewältigen anhand einer Intervention.....	47

BELASTUNGEN DER PFLEGEPERSONEN IN DER PDAG

Literaturverzeichnis	52
Abbildungsverzeichnis	58
Anhang A	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Fragebogen	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang B	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Interviewleitfaden	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang C	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Zusammenfassung Interviews	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang D	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Flyer Fragebogen	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang E	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafiken Auftretenshäufigkeit der Belastungen nach Kriseninterventionsstationen	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1. Einleitung

In den letzten Jahren ist der Pflegeberuf immer mehr in den Mittelpunkt der medialen Berichterstattung gerückt. Personalmangel, welcher verstärkt auch während der Coronavirus-Pandemie und der dadurch entstandenen hohen Belastung des Gesundheitswesens immer mehr Thema in der Politik und auch in der Gesellschaft wurde. Aktuell fehlen rund 11'000 Pflegepersonen in der Schweiz, wobei gleichzeitig der Pflegebedarf steigt (Amnesty Internation Schweiz, 2021). Neben dem Personalmangel existieren weitere Belastungsfaktoren im Pflegeberuf wie Schichtarbeit, Gewalt, Konfrontation mit Tod und Leid und viele mehr (Höhmann, Lautenschläger & Schwarz, 2016). Diese Belastungsfaktoren können schwerwiegende Folgen wie Burnout, Depressivität oder auch negatives Gesundheitsverhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum nach sich ziehen (Rohwer, Mojtahedzadeh, Harth & Mache, 2021). Nicht nur in den Spitälern hat die Corona-Pandemie ihre Spuren hinterlassen, auch im Bereich der Psychiatrie sind Auswirkungen spürbar. So gibt es im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit geraumer Zeit bereits einen Mangel an Therapieplätzen wodurch lange Wartelisten entstehen. Während der Corona-Pandemie hat die Nachfrage nach Plätzen in Kinder- und Jugendpsychiatrien weiter zugenommen (Schweizer Radio und Fernsehen, 2022). Für die Pflegepersonen in Psychiatrien ist der Arbeitsalltag verbunden mit hohen Belastungen im physischen und psychischen Bereich. In Auseinandersetzung mit diesen Belastungen bedarf es an geeigneten Bewältigungsstrategien, um die Belastungen ertragen zu können (Dondalski, 2003). Die Arbeit als Pflegeperson in einer Psychiatrie kann sich in den Belastungsfaktoren zu einer Arbeit in einer Rehaklinik oder in einem Spital unterscheiden. So haben Pflegepersonen, welche in Psychiatrien arbeiten, ein dreimal höheres Risiko von Patientinnen und Patienten körperlich angegangen zu werden, als Pflegepersonen, welche in nicht psychiatrischen Einrichtungen tätig sind (Schrems, 2020). Neben körperlicher Gewalt existiert auch verbale Gewalt, welche laut Studien noch deutlich häufiger zum Vorschein kommt, als dies körperliche Gewalt tut (Estryn-Behar et al., 2008).

Auch suizidale Handlungen seitens der Patientinnen und Patienten können zu erheblichen Belastungen für das Pflegepersonal führen (Robertson, Paterson, Lauder, Fenton & Gavin, 2010). Die Querschnittstudie von Hahn et al. (2010) hat gezeigt, dass 23% der Pflegepersonen, welche Suizidhandlungen von Patientinnen und Patienten erlebt haben, eine voll ausgebildete Posttraumatische Belastungsstörung aufweisen. Wie sich die Situation des Pflegepersonals in den PDAG rund um Belastungsfaktoren und deren Umgang verhält, wird in dieser Arbeit untersucht. Nachfolgend wird die Ausgangslage zu dieser Bachelorarbeit beschrieben.

1.1 Ausgangslage und Praxispartner

Hintergrund dieser Bachelorarbeit ist eine Untersuchung auf der Akutpsychiatrie der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG). Die PDAG existiert seit dem 19. Jahrhundert und stellt mit über 1500 Mitarbeitenden eine der grössten Psychiatrien der Schweiz dar.

Die PDAG besteht aus vier Kliniken, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Forensische Psychiatrie, Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie sowie Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Untersuchung findet innerhalb der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf den Akutstationen KPP-1 (Affektive Störungen Schwerpunkt Depression), KPP-2 (Affektive Störungen Schwerpunkt Bipolare Störungen), KPP-3 (Schwerpunkt Psychosen), KPP-4 (Ebenfalls Schwerpunkt Psychosen) statt. Pro Abteilung arbeiten ca. 30 Pflegepersonen und somit insgesamt ca. 120 Pflegepersonen auf allen Abteilungen. Da die PDAG Kenntnis vom anspruchsvollen Arbeitsumfeld und den vielfältigen Belastungsfaktoren der Pflege auf der Akutpsychiatrie hat, ist sie interessiert, an einer Analyse zur gegenwärtigen Situation der Belastungshöhe und der Art der Belastungen, welche im Pflegeberuf auf der Akutpsychiatrie auftreten.

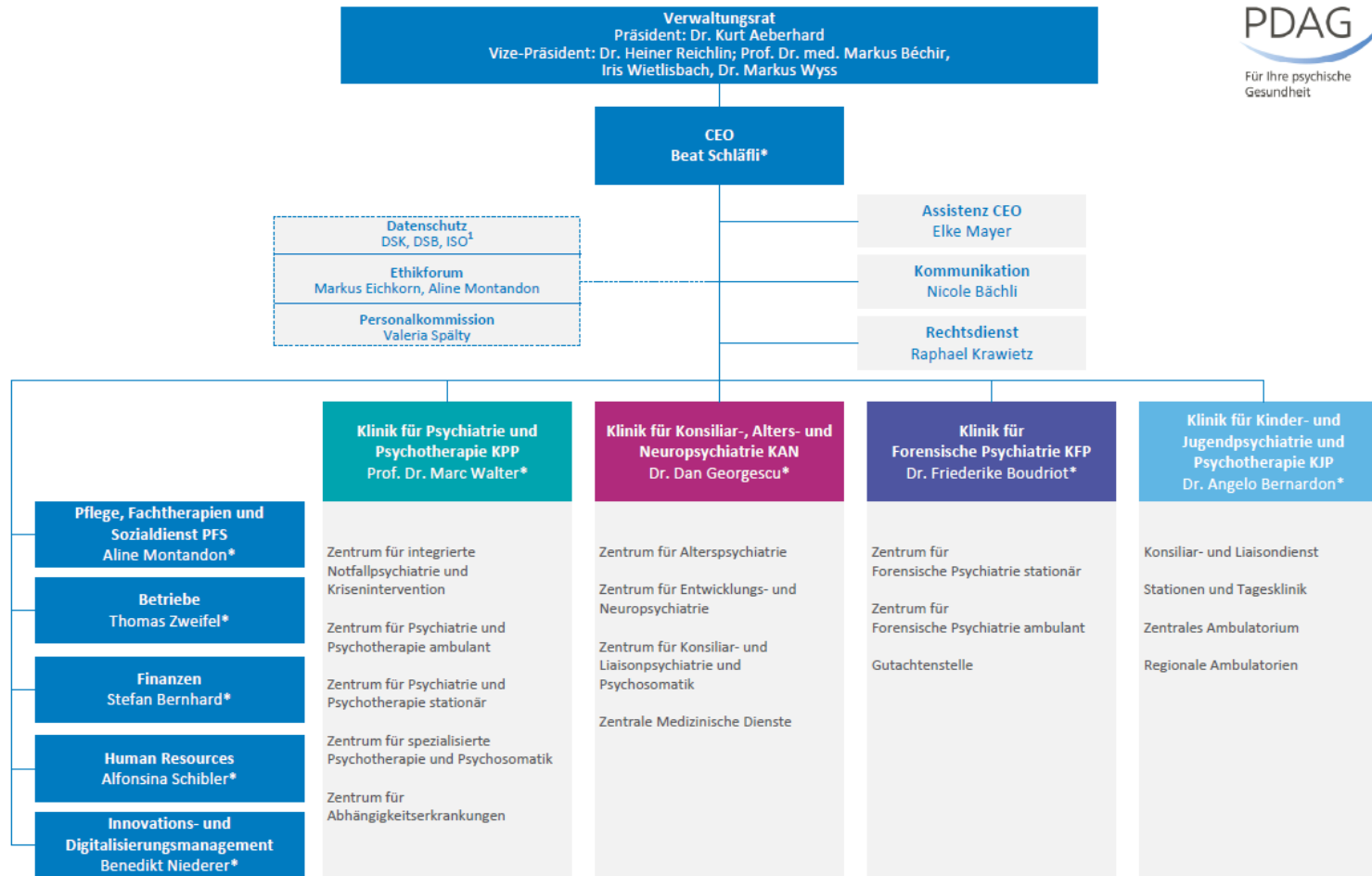


Abbildung 1. Organigramm der PDAG. Aus der Webseite der PDAG. Verfügbar unter: <https://www.pdag.ch/ueber-die-pdag/organisation>

1.2 Fragestellung und Hypothesen

Das Problemfeld der Untersuchung stellt die Belastungen der Pflegepersonen im Arbeitsalltag sowie den Umgang mit diesen Belastungen dar. Die Fragestellungen wurden in Absprache mit Herrn Prof. Dr. med. Marc Walter, Klinikleiter Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, formuliert. Die folgenden Fragestellungen bieten den Rahmen der Untersuchung. Die Hauptfragestellung lautet: Welchen Belastungen ist das Pflegepersonal der Akutpsychiatrie in den PDAG während ihres Arbeitsalltags ausgesetzt und wie kann mit diesen Belastungen umgegangen werden?

Die Zweitfragestellung lautet: Welche Faktoren beeinflussen die Stärke beziehungsweise den Umgang mit den Belastungen?.

Weiter werden in dieser Arbeit zwei Hypothesen untersucht, welche auch mit den beiden Fragestellungen zusammenhängen. Die Hypothesen wurden basierend auf der Literatur- und Studienlage formuliert.

H1: Erfahrenes Pflegepersonal (arbeitet lange auf dem gleichen Schwerpunkt der Psychiatrie) nimmt die Belastungen als weniger gross wahr, im Gegensatz zu Pflegepersonal welches unerfahren ist.

Diese Hypothese wurde auf Basis der Studien von Jang, Gu und Jeong (2019) und Frögéli, Rudman & Gustavsson (2019) formuliert, da diese Studie zeigen konnte, dass erfahrenes Pflegepersonal über besseres psychisches Wohlbefinden bei Belastungsaufreten verfügt, als unerfahrenes Pflegepersonal, und das Stress bei neuen Pflegepersonen häufiger vorhanden ist als bei erfahrenen Pflegepersonen.

H2: Pflegepersonal, welches an Inter- und/oder Supervisionen, Nachbesprechungen und Fallbesprechungen teilnimmt, hat einen erfolgreicherer Umgang mit Belastungen als Pflegepersonal, welches diese Angebote nicht nutzt.

Studien zeigen, dass Supervision bei Pflegepersonen hilft, ihre Problemlösefähigkeit zu fördern, wodurch Konflikte besser gelöst werden können und dadurch Belastung reduziert werden kann (Jones, 2001; Žorga, 2002). Ausserdem zeigen anderen Studien, dass Supervision einen positiven Einfluss auf die Reduktion von Stress und Burnout bei Pflegepersonen haben können (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Hyrkäs, 2005; Wallbank & Hatton, 2011).

Ziel ist es, mit Hilfe einer quantitativen Untersuchung die verschiedenen Belastungsfaktoren und deren Ausprägung in der Stärke zu identifizieren. Anschliessend wird der Umgang (Copingstrategien) mit diesen Belastungsfaktoren untersucht. Die Ergebnisse werden anhand der Forschung und Literatur zum Umgang mit Belastungsfaktoren in der psychiatrischen Pflege verglichen. Mithilfe von Handlungsempfehlungen werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie das Pflegepersonal der PDAG gegen Überlastung im Arbeitsalltag vorgehen kann und welche Strategien in der Anwendung erfolgsversprechend sind.

1.3 Aufbau

Diese Bachelorarbeit ist in insgesamt fünf übergeordnete Kapitel gegliedert. Im ersten Kapitel wird neben der Einleitung auf die Ausgangslage und die Fragestellungen samt Hypothesen eingegangen. Anschliessend wird im zweiten Kapitel die theoretische Fundierung dargestellt. Im dritten Kapitel wird die Methode beschrieben, wonach im vierten Kapitel die Ergebnisse der quantitativen Befragung analysiert werden, welche anschliessend dazu beitragen, die Fragestellungen zu beantworten und die Hypothesen zu untersuchen. Das fünfte und letzte Kapitel stellt die Diskussion dar, in welcher neben der Interpretation der Ergebnisse auch Gestaltungshinweise und Handlungsempfehlungen, das Fazit und eine Reflexion aufgeführt sind.

2. Theoretische Fundierung

In diesem Kapitel werden die für die Fragestellung relevante aktuelle Forschung sowie die theoretischen Grundlagen beleuchtet. Zu Beginn erfolgt eine Definition der zentralen Begriffe Belastung und Beanspruchung, Akutpsychiatrie sowie Pflegepersonal. Anschliessend werden anhand des Salutogenese-Modells und des Transaktionalen Stressmodells mögliche Ansätze zur Erklärung und Bewältigung von Belastung dargestellt.

2.1 Begriffsdefinition

Im folgenden Abschnitt werden die relevanten Begriffe in Bezug zur Fragestellung und dem theoretischen Hintergrund für ein gemeinsames Verständnis definiert.

2.1.1 Belastung und Beanspruchung

Belastung bezeichnet die Einwirkung von Stressoren von aussen auf eine Person (Maier, 2018). Der Begriff Belastung lässt sich unterteilen in psychische Belastung und physische Belastung. Physische Belastung umfasst jede Form von körperlicher Belastung bei der Arbeit oder in der Freizeit, wie beispielsweise das Heben von schweren Gegenständen oder eine schlechte, ergonomische Haltung bei Gartenarbeiten (Liebers & Schust, 2021). Psychische Belastung umfasst alle Einflüsse, die von aussen auf den Menschen eintreffen und psychisch auf ihn einwirken. Bei psychischer Belastung bei der Arbeit sind hierbei die Anforderungen, also beispielsweise die Arbeitsumgebung oder die Arbeitstätigkeit zentral, denn diese Faktoren beeinflussen das Denken, Fühlen und Verhalten (Sirrenberg, 2018). Beanspruchung stellt die Folgen der Belastung dar, diese kann ebenfalls in physischer Beanspruchung wie beispielsweise der Beanspruchung des Herz-Kreislauf-Systems oder psychischen Beanspruchung wie Beanspruchung der Aufmerksamkeit münden (Maier, 2018).

2.1.2 Definition Akutpsychiatrie

Die Psychiatrie ist ein Fachgebiet der Medizin, welches sich mit der Behandlung, Diagnostik und Prävention von psychischen Erkrankungen beschäftigt (Bandelow, Gruber & Falkai, 2012). Innerhalb der Psychiatrie existieren verschiedene Fachbereiche, wovon die Akutpsychiatrie oder auch Notfallpsychiatrie genannt, Teil davon ist. Häufig stehen Akutpsychiatrien den Patientinnen und Patienten 24 Stunden am Tag sowie sieben Tage Woche offen. Bei psychiatrischen Notfällen entstehen psychische Ausnahmesituationen, bei denen eine akute Gefahr für die Patientinnen und Patienten oder Dritte besteht. Deswegen sind eine schnelle Intervention und unmittelbares Handeln nötig. Zu den wichtigsten psychiatrischen Notfällen gehören beispielsweise akute Suizidalität, akute Bewusstseinsstörungen oder Intoxikationen (Laux, 2003). Auf der Akutpsychiatrie arbeitet oft ein breites Feld von verschiedenen Berufsgruppen. Neben ärztlicher und pflegerischer Versorgung existieren Fachtherapien, Seelsorge sowie die Unterstützung des Sozialdienstes.

2.1.3 Definition Pflegepersonal

Laut Bundesamt für Statistik (2020) wird Pflegepersonal nach einer Einteilung in drei Berufsgruppen definiert. Die erste Gruppe bilden die diplomierten Pflegepersonen. Eine diplomierte Pflegefachperson ist eine Person, welche eine Ausbildung in der Pflege abgeschlossen hat und von der ermächtigten Körperschaft zur Durchführung der Krankenpflege im jeweiligen Land ermächtigt ist. Diplomierte Pflegepersonen planen und organisieren die Patientenpflege. Zusätzlich sind sie für die Überwachung von anderen Gesundheitsfachpersonen zuständig. Die zweite Gruppe bildet das Pflegepersonal mittlerer Stufe. Diese arbeitet unter Aufsicht vom ärztlichen Personal oder unter der Aufsicht der eben beschriebenen ersten Gruppe der diplomierten Pflegepersonen. Die dritte Gruppe bilden Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, welche ebenfalls unter Aufsicht der diplomierten Pflegepersonen die Pflege und Betreuung von Patientinnen und Patienten sicherstellen.

Diese drei Berufsgruppen werden unter dem Begriff Pflegepersonal verstanden (Bundesamt für Statistik, 2020).

2.2 Salutogenese Modell

Oftmals liegt bei der Gesundheit das Augenmerk auf dem, was uns schaden kann und was uns krank macht. Eine andere Herangehensweise wählt das Modell der Salutogenese von Antonovsky, welches den Fokus darauf setzt, welche Faktoren uns gesund machen und auch gesund erhalten (Petzold, 2013). Demnach ist das Konzept der Salutogenese das Gegenstück zum Konzept der Pathogenese, welches den Ursprung und die Entwicklung von Krankheiten beschreibt (Sauter & Ahrens, 2011). Die Kernfrage hinter diesem Modell ist, wie eine Person oder ein Organismus sich gesund entwickeln kann, egal unter welchen Bedingungen (Reinshagen, 2008).

Bevor auf das Modell eingegangen wird, muss das Konstrukt des Kohärenzgefühls erläutert werden, welches im Modell als Schlüsselkonzept fungiert. Unter Kohärenz versteht man ein Gefühl der inneren Stimmigkeit (Rolfe, 2019). Antonovsky beschreibt dieses Gefühl als andauerndes, aber dynamisches Gefühl des Vertrauens darauf, dass sich Dinge in seiner Umgebung so entwickeln werden, wie man es aller Wahrscheinlichkeit nach erwarten kann (Reinshagen, 2008). Dieses Gefühl bildet das Kohärenzgefühl, welches nach Antonovsky aus drei Ebenen besteht:

1. Verstehbarkeit: Wenn das eigene Leben als strukturiert, klar und verstehbar und nicht als chaotisch, beliebig und unberechenbar wahrgenommen wird, ist die Dimension der Verstehbarkeit gegeben.
2. Handhabbarkeit: Die Überzeugung, dass alle Anforderungen und Belastungen des Lebens grundsätzlich bewältigbar sind, stellt die Handhabbarkeit dar. Zusätzlich ist das Wissen vorhanden, dass Ressourcen zur Bewältigung dieser Anforderungen und Belastungen zur Verfügung stehen.

3. Bedeutsamkeit / Sinnhaftigkeit: Hierbei werden die anfallenden Belastungen und Anforderungen als wertvolle, bereichernde Herausforderungen betrachtet, welche zu überwinden es wert ist.

Sind diese drei Dimensionen bei einer Person gut ausgebildet, so ist nach dem Grundgedanke von Antonovsky der sense of coherence (SOC) bei einer Person stark ausgeprägt, wodurch diese die vorhandenen Ressourcen für Bewältigung von Aufgaben oder Belastungen problemorientiert einsetzen kann (Reinshagen, 2008). Somit stärkt ein starker SOC die Resilienz womit Bewältigungsstrategien entwickelt werden können und senkt somit gleichzeitig die Vulnerabilität (Sauter & Ahrens, 2011). Neben dem SOC nehmen Stressoren eine wichtige Rolle im Modell von Antonovsky (1979) ein, weswegen die Begriffe Stress und Stressor nachfolgend definiert werden. Stress stellt einer der bedeutendsten und vielfach belegten Faktor auf Krankheit und Gesundheit dar (Ernst, Franke & Franzkowiak, 2022). Wenn ein Organismus unter starker Beanspruchung durch innere oder äussere Reize steht, so spricht man von Stress. Diese Reize werden als Stressoren bezeichnet. Stressoren stören das Gleichgewicht eines Organismus, wodurch dieser anhand einer Anpassungsreaktion reagieren muss (Ernst et al., 2022). Nachfolgend ist in Abbildung 2 das Modell der Salutogenese nach Antonovsky abgebildet.

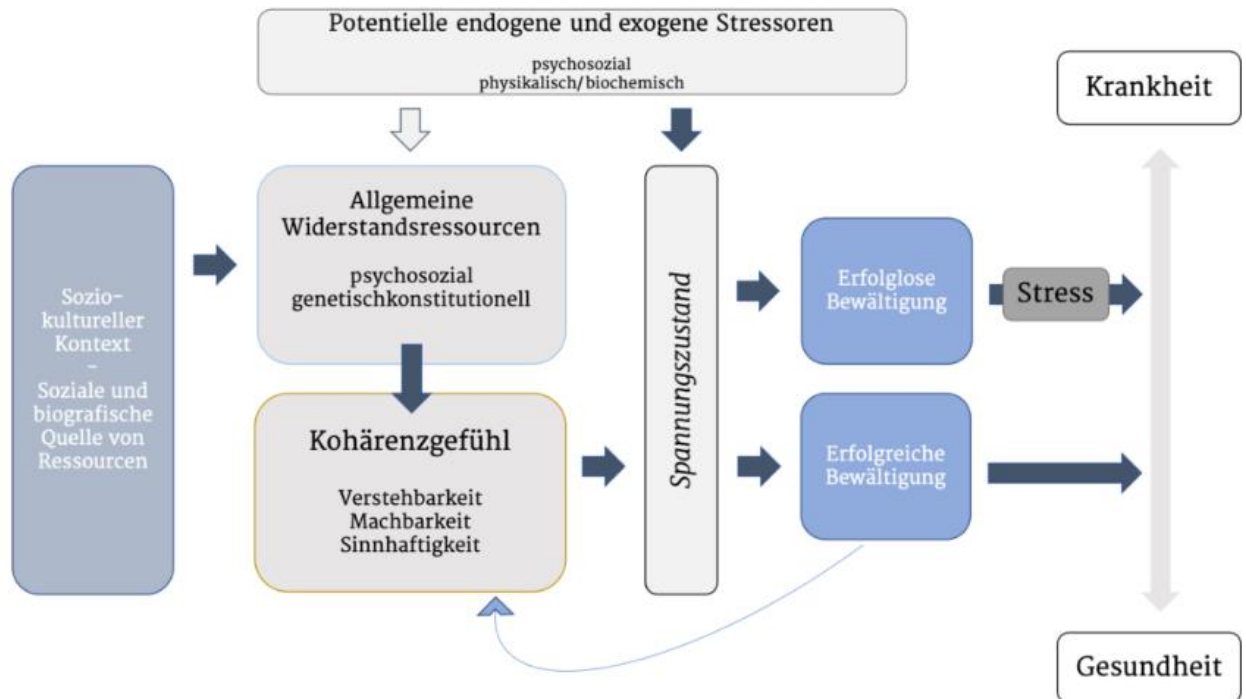


Abbildung 2. Salutogenese-Modell von Antonovsky. Aus Salutogenese, Mauritz (2020).

Verfügbar unter: <https://www.resilienz-akademie.com/salutogenese/>

Zunächst wird der Begriff Gesundheit in diesem Modell nicht konträr zu Krankheit verstanden, sondern herrscht ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Dies bedeutet, dass Menschen nicht einfach dichotom als krank oder gesund klassifiziert werden (Faltermaier, 2020). So gilt auch die Annahme, dass der Einfluss von Stress nicht direkt zu Krankheit oder der Einfluss der Bewältigung von Belastungen und Spannungszuständen nicht direkt zu Gesundheit führt. Stattdessen wirken diese Einflüsse auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und bestärken Tendenzen, führen aber nicht direkt und unmittelbar zu Zuständen. Somit schließt das Modell schwer-, oder chronisch kranke Menschen nicht von einer Bewegung in Richtung von Gesundheit aus (Mauritz, 2022).

Einfluss auf allgemeine Ressourcen, den SOC und die Spannungszustände haben potentielle endogene und exogene Stressoren. So lösen psychosoziale- (beispielsweise eine Trennung), physikalische- (beispielsweise Lärm während der Arbeit) und biochemische Stressoren (beispielsweise Bakterien) einen körperlichen und psychischen

Spannungszustand aus. In diesem Spannungszustand entscheidet sich, ob der oder die Stressoren erfolgreich bewältigt werden können. Ist eine erfolgreiche Bewältigung möglich, so hat dies einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wird eine Bewegung zur Gesundheit hin vollzogen. Dies bedeutet, dass anders als in der Pathogenese ein Stressor nicht zwingend zu Krankheit, sondern bei erfolgreicher Bewältigung zu Gesundheit führt. Falls der Stressor aber nicht erfolgreich bewältigt werden kann, wird ein Stresszustand ausgelöst, welcher auch zu Krankheit führen kann (Faltermaier, 2020). Antonovsky (1979) nimmt an, dass das Auftreten von Stressoren im Leben nicht vermeidbar ist und es deswegen entscheidend ist, wie Stressoren bewältigt werden und welche Bewältigungspotentiale vorhanden sind.

Neben den möglichen Stressoren bilden die Widerstandsressourcen einen festen Bestandteil im Modell der Salutogenese. Diese Ressourcen werden für die Bewältigung von Stressoren benötigt. Das heisst, dass Menschen mit stark ausgeprägten Widerstandsressourcen auftretende Belastungen im Leben besser bewältigen können und sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in eine positive Richtung bewegen. Als besonders wertvoll gelten dabei psychosoziale Widerstandsressourcen, weil diese Ressourcen potentiell veränderbar sind. Sie umfassen beispielsweise Wissen und Intelligenz, Eigenschaften wie Selbstwertgefühl, oder Fähigkeiten wie Bewältigungskompetenzen (Faltermaier, 2020). Widerstandsressourcen können sich über die ganze Lebensspanne aufbauen, wobei sie ihre Wurzeln in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie familiären Bedingungen haben. Dies bedeutet, wie und wo ein Mensch aufwächst, entscheidet mit, welche Ressourcen entwickelt werden können. Wenn nun also bei einem Organismus ein Stressor auftritt und dieser bewältigt werden soll, führt dies zu einem Spannungszustand. Bei stark ausgeprägtem SOC ist der Organismus in der Lage, die für den Stressor passenden Ressourcen auszuwählen (Reinshagen, 2008). Dazu müssen diese Ressourcen jedoch vorhanden sein. Sind diese zwei Faktoren gegeben, so kann im Spannungszustand eine erfolgreiche Bewältigung erreicht werden,

wodurch sich der Organismus in Richtung von Gesundheit bewegt. Falls nicht genügend Ressourcen, oder ein schwach ausgeprägter SOC vorhanden sind, kommt es zu einer erfolglosen Bewältigung. Erst dann ist die Folge für den Organismus Stress und er bewegt sich in Richtung Krankheit (Faltermaier, 2020).

Das komplexe Modell von Antonovsky ist unterdessen mit seinen wesentlichen Annahmen empirisch untersucht und auch bestätigt worden (Faltermaier, Leplow & Salisch, 2017). So ist erwiesen, dass stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl positiv mit Indikatoren von Gesundheit, insbesondere der psychischen Gesundheit, korreliert (Faltermaier et al., 2017). Dies zeigen Larsson & Kallenberg (1996) in ihrer Studie, wo auch signifikante Korrelationen zwischen dem SOC und unterschiedlichen Massen von psychischer Gesundheit gefunden werden konnten. Eine weitere Studie von Kvåle & Synnes (2013) zeigt, dass Patientinnen und Patienten, welche an einer Krebserkrankung leiden, viel besser mit der Belastung der Krankheit umgehen konnten, wenn sie über einen hohen SOC verfügten. Neben diesen positiven Befunden werden am Modell von Antonovsky auch verschiedene Aspekte kritisiert. So ist keine Subjektebene vorhanden, welche besagt, dass Menschen bei aktiver Bemühung auch selbstständig Gesundheit erlangen können, beispielsweise durch Sport oder gesunde Ernährung (Mauritz, 2022). Auch hatte Antonovsky die Annahme, dass das Kohärenzgefühl nur bis zum Erreichen des 30. Lebensjahr erlangt werden kann, wonach es anschliessend nicht mehr veränderbar ist. Aktuelle Studien zeigen hingegen, dass es keine Unterschiede in der Stabilität des Kohärenzgefühls zwischen Gruppen von unter und über 30 Jahren gibt (Mauritz, 2022). Zu erwähnen ist ausserdem, dass Antonovsky mit seinem Modell den Ansatz der Pathogenese nicht als unnötig oder überflüssig darstellen möchte, er war der Ansicht, dass beide Konzepte in Ergänzung wertvoll sind und es wichtig ist, den Fokus nicht ausschliesslich auf Faktoren zu richten, welche gesund oder eben krank machen (Mauritz, 2022).

2.3 Transaktionales Stressmodell von Lazarus und Folkman

Wie die Bewältigung von Stress möglich ist, dieser Frage gingen auch Lazarus und Folkman nach und haben dabei das Transaktionale Stressmodell entwickelt (Lazarus & Folkman, 1984). Nach dem Modell entsteht Stress im Zusammenspiel zwischen situativen Anforderungen und individuellen Beurteilungen der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten (Rusch, 2019). Zudem müssen Stressoren, Bewältigung und emotionale Reaktion gemeinsam betrachtet werden, um den Stressbewältigungsprozess verstehen zu können (Lazarus & Folkman, 1984). Das Modell hilft auch zu verstehen, wie sich Unterschiede zwischen Menschen darauf auswirken, weshalb gewisse Menschen für einen Stressor anfällig sind und andere nicht (Rusch, 2019). In Abbildung 3 ist das Transaktionale Stressmodell abgebildet:

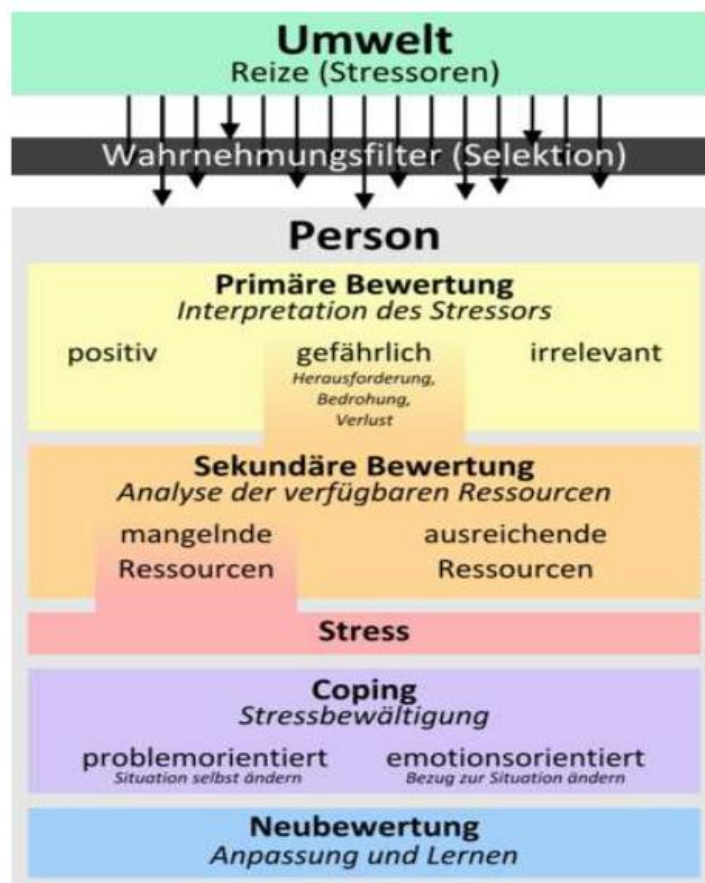


Abbildung 3. Transaktionales Stressmodell. Grafik aus Wikipedia. Verfügbar unter:

https://de.wikipedia.org/wiki/Stressmodell_von_Lazarus

Gemäss dem Modell entsteht Stress dadurch, dass eine Person eine herausfordernde Situation erlebt und dabei nicht weiss, wie sie mit dieser umgehen soll. In diesem Fall ist diese Situation der Stressor (Ernst et al., 2022). Stressoren können jedoch von unterschiedlichem Ursprung sein, sei dies bei Katastrophen wie Erdbeben, belastenden Lebensereignissen wie Tod, aber auch Situationen, welche häufiger auftreten können, wie Streit bei der Arbeit oder ein hohes Mass an Arbeitsverantwortung (Healy & McKay, 2000). Zunächst wird der wahrgenommene Stressor einer primären Bewertung unterzogen. Um das Modell und die verschiedenen Stufen entsprechend erläutern zu können, wird anhand eines Beispiels eines Stressors eine Situation durchgespielt. In diesem Fall ist für Jonas ein Vorstellungsgespräch für einen neuen Job der ausschlaggebende Stressor. Bei der primären Bewertung prüft Jonas nun, ob der Stressor (das Vorstellungsgespräch) für ihn und seine persönlichen Ziele irrelevant ist. Falls Jonas beispielsweise schon eine andere Stelle zugesichert hat und nur aufgrund von Höflichkeit zum Vorstellungsgespräch erschienen ist, geschieht eine Bewertung, dass der Stressor irrelevant ist, keine sekundäre Bewertung nötig ist und es somit auch nicht zu Stress führt (Rusch, 2019). Andererseits könnte Jonas das Vorstellungsgespräch auch als positiv einstufen, weil er sich enorm freut die Chance zu haben, sich vorstellen zu dürfen, auch im Wissen dass er gut vorbereitet ist (Ernst et al., 2022). Auch in diesem Fall ist keine sekundäre Bewertung nötig und es kommt nicht zum Stress. Allerdings kann Jonas auch zum Schluss kommen, dass das Vorstellungsgespräch für ihn ein Reiz ist, welcher unmittelbar Bewältigungsmöglichkeiten erfordert und welcher somit gefährlich und stresshaft ist. Nun bewertet Jonas, ob es sich dabei um eine Herausforderung, eine Bedrohung, eine Schädigung oder einen Verlust handelt. Egal welche Bewertung er dabei vornimmt, in jedem Fall ist diese von negativen Emotionen begleitet (Rusch, 2019). Nun kommt Jonas zur sekundären Bewertung. Hierbei beurteilt er, welche Ressourcen ihm zur Verfügung stehen. Diese können Fähigkeiten darstellen, welche Jonas aus früheren Vorstellungsgesprächen erworben hat oder auch soziale Unterstützung oder Entschlossenheit und Selbstvertrauen, das Jonas die

kommende Situation meistern wird und kann. Je weniger Ressourcen Jonas zur Verfügung stehen, desto stärker und heftiger wird die Stressreaktion ausfallen (Ernst et al., 2022).

Sehr wichtig bei diesem Schritt ist auch die Selbstwirksamkeit. Mit einer hohen Selbstwirksamkeit traut man sich zu, den Stressor bewältigen zu können (Litzcke, Schuh & Pletke, 2012).

Die Schritte der primären und sekundären Bewertung müssen jedoch nicht zwingend nacheinander erfolgen, sondern sie können sich auch überlappen und gegenseitig beeinflussen. Zudem sind die Prozesse der Bewertung nicht von der objektiven Situation geprägt, sondern von der subjektiven Bewertung, was erklärt, weshalb das Übernehmen von Verantwortung für eine Person eine Herausforderung darstellen kann und für eine andere eine mögliche Bedrohung (Healy & McKay, 2000). Falls nun nicht genügend Ressourcen vorhanden sind, kommt es wie oben beschrieben zum Stress. Nachdem der Stress eingetreten ist, wird versucht, diesem anhand von einer Coping-Strategie entgegenzuwirken. Als Coping werden alle verhaltens- und kognitivbezogenen Anstrengungen bezeichnet, den durch den Stressor ausgelösten Stress zu reduzieren (Mark & Smith, 2012). Im Modell wird zwischen problemorientierter Bewältigungsstrategie und emotionsorientierter Bewältigungsstrategie unterschieden. Bei problemorientierter Bewältigungsstrategie wird versucht, die Anforderungssituation zu beeinflussen oder das Problem zu lösen. Diese Form des Copings kann entweder aktiv geschehen, also durch aktives Problemlösen mit der Suche nach Unterstützung oder passiv, wie durch Flucht oder Vermeidung. Auf das oben erläuterte Beispiel würde eine aktive problemlöseorientierte Bewältigungsstrategie für Jonas bedeuten, dass er sich beispielsweise von einem Freund der im HR arbeitet und selbst Rekrutierungsgespräche leitet, Rat einholt. Eine passive problemlöseorientierte Bewältigungsstrategie würde für Jonas bedeuten, das Vorstellungsgespräch einfach abzusagen um der Situation entkommen zu können (Rusch, 2019). Emotionsorientiertes Coping hingegen zielt darauf ab, negative Emotionen wie Angst oder Wut zu regulieren. Auch bei dieser Form kann eine aktive Umsetzung durch Suche

nach emotionaler Unterstützung oder durch Sporttreiben oder Drogenkonsum geschehen. Auch eine passive Form durch positive Selbstinstruktion oder Verleugnung, indem an etwas anderes gedacht wird, ist möglich (Rusch, 2019). Für Jonas bedeutet dies, er kann aktiv Sport treiben, um so seine negativen Emotionen im Vorfeld zum Vorstellungsgespräch zu regulieren, beziehungsweise in diesem Fall abzubauen / abzuschwächen, oder passiv könnte Jonas sich einfach einreden, dass er schon gut vorbereitet sei und das Gespräch schon irgendwie gut verlaufen würde. Nachdem das Coping erfolgt ist, geschieht eine Neubewertung, in welcher Jonas erfasst, ob seine Bewältigung mittels des Copings erfolgreich war, oder nicht. Bei erfolgreicher Bewältigung wird die Situation als weniger bedrohlich wahrgenommen und der Stressor kann abgeschwächt werden (Rusch, 2019). Problemorientierte Bewältigung wird eher bei arbeitsbezogenem Stress und Problemen verwendet, emotionsorientierte Bewältigung wird dagegen eher bei familiären Problemen oder bei gesundheitlichen Problemen eingesetzt (Healy & McKay, 2000). Früher galt das problemlöseorientierte Bewältigen als erfolgreicher als emotionsorientierte Bewältigungsstrategien. Unterdessen konnte die Forschung jedoch zeigen, dass die Art einzelner Bewältigungsstrategien nicht entscheidend ist. Nämlich ist es am effektivsten, wenn eine Person über viele unterschiedliche Copingstrategien verfügt, sodass diese situationsangemessen und flexibel eingesetzt werden können (Rusch, 2019).

Copingstrategien können aber anders als oben beschrieben auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. So können Alkohol, Drogen oder Medikamente genutzt werden, um das Erleben von Angst oder Nervosität zu betäuben, um weniger davon betroffen zu sein. In diesem Moment werden die Symptome der Angst oder Nervosität vielleicht abgeschwächt oder rücken in den Hintergrund, jedoch funktioniert diese Strategie nur im Moment der Betäubung. Dazu haben die oben beschriebenen Substanzen einen negativen Einfluss auf die Gesundheit (Rusch, 2019).

Das transaktionale Stressmodell fokussiert die Person-Umwelt-Transaktion, womit Stress als subjektiver und situativer Einschätzungsvorgang gesehen wird und das Individuum

berücksichtigt wird (Reif, Spieß & Stadler, 2018). Trotz der grossen Beliebtheit des Modells existiert auch Kritik. So wird beispielsweise die Wissenschaftliche Herangehensweise von Lazarus und Folkman kritisiert, da die Entwicklung des Modells nicht auf einer gut empirisch abgestützten Basis geschah. Zudem werden die Stressoren jeweils erst nach erfolgter Stressreaktion analysiert, womit mit dem Modell keine Voraussagen über den Zeitpunkt des Auftretens von Stress und einer Stressreaktion möglich sind (Schwarzer, 2000).

3. Methode

Nach Absprache mit Herrn Prof. Dr. med. Marc Walter, Leiter Klinik für Psychotherapie und Psychiatrie und Geschäftsleitungsmitglied, wurde die Entscheidung gefällt, dass eine quantitative Vorgehensweise mittels Online-Fragebogen gewählt wird. Dies, weil einerseits aufgrund von geringer Zeitressourcen die Durchführung von Interviews beim Pflegepersonal der PDAG sehr schwierig durchzuführen wäre. Andererseits kann anhand der quantitativen Methode eine gute Übersicht über die allgemeine Situation der Belastungen und deren Umgang bei der Belegschaft geschaffen werden. Zudem können potentiell viele Teilnehmende akquiriert werden. Auch die Möglichkeit, eine Zeit- und ortsunabhängige Durchführung zu ermöglichen, bietet Flexibilität. Aufgrund des oben erwähnten Mangels an zeitlichen Ressourcen bei den Pflegepersonen, sollte der Fragebogen möglichst kurz (drei bis fünf Minuten) gehalten werden, sodass es zu wenigen Abbrüchen beim Ausfüllen der Umfrage kommen würde und die Pflegepersonen nicht viel Zeit aufwenden müssen, welche anschliessend im Arbeitsalltag fehlen und zu Stress führen könnte.

3.1 Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign bildet den Forschungsprozess für die Entwicklung des Fragebogens ab und basiert auf den beiden Fragestellungen, welche im ersten Kapitel erwähnt sind (Flick, 2017). In dieser Arbeit sollen zudem zwei Hypothesen überprüft werden, wobei es sich laut Döring (2023) in diesem Fall um eine explanative Studie handelt, wobei hier das quantitative Vorgehen auch typisch ist. Die Hypothesen, welche aufgrund von Literatur zusammengestellt wurden, werden anhand der in der Datenerhebung gewonnenen Daten statistisch analysiert. Nachfolgend können Schritte von der Erstellung der Fragestellungen bis zum Kreieren von Gestaltungshinweisen und Handlungsempfehlungen im grafisch abgebildeten Untersuchungsdesign (Abbildung 4)

betrachtet werden, wobei die wichtigsten Schritte aus diesem Prozess nachfolgend noch genauer erläutert werden.

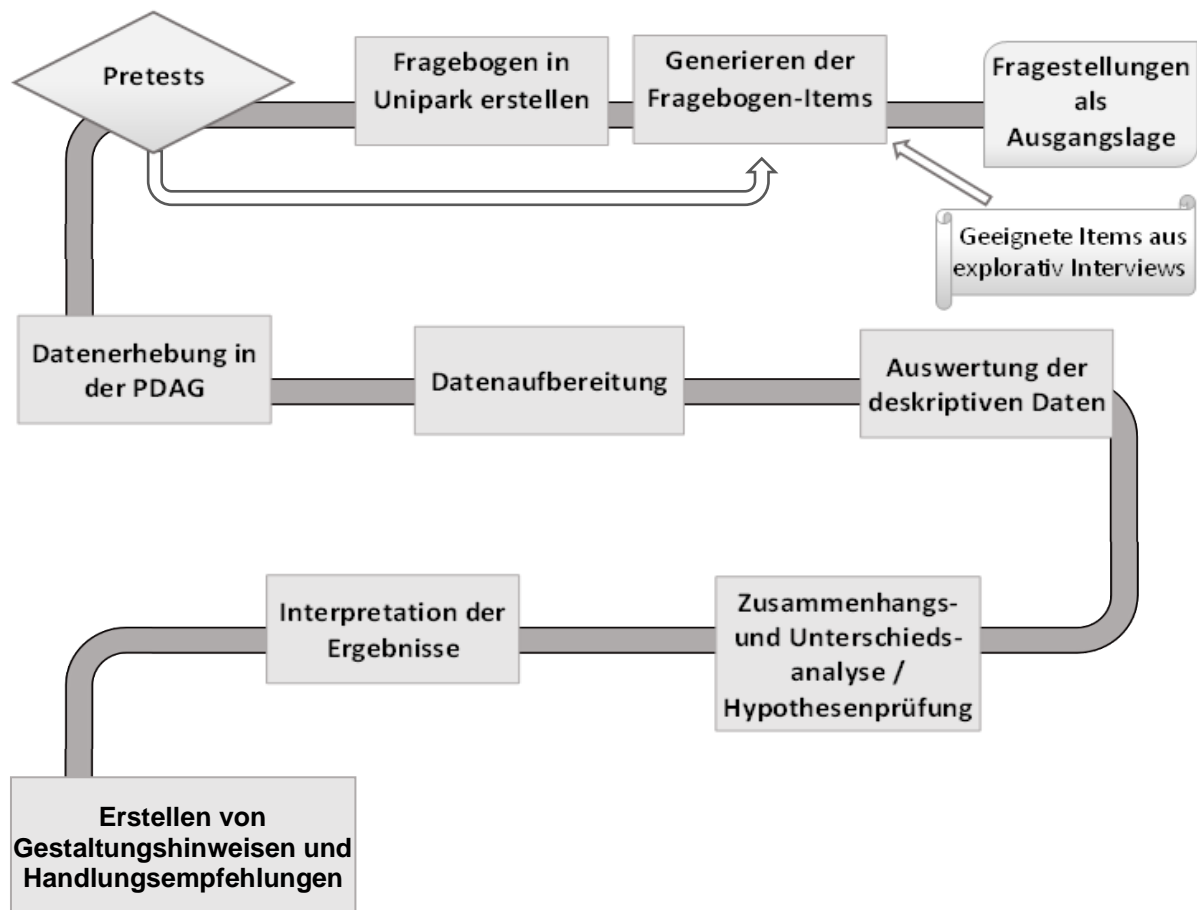


Abbildung 4. Prozess des Untersuchungsdesigns (eigene Darstellung)

3.2 Datenerhebung

Die Stichprobe umfasst alle Pflegepersonen, welche auf vier Kriseninterventionsstationen tätig sind. Pro Station arbeiten rund 30 Pflegepersonen, woraus sich ein Gesamtsampling von rund 120 Pflegepersonen ergibt. Dabei handelt es sich um eine Quotenstichprobe. Von einer Quotenstichprobe spricht man, bei nicht zufälliger Auswahl von Testpersonen mit dem Ziel, die Ergebnisse auf eine Population (in diesem Fall alle Pflegepersonen auf den Kriseninterventionsstationen) projizieren zu können (Moosbrugger & Kelava, 2007). Nicht zur Stichprobe gehören Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen, sowie andere Professionen, welche auf den

Kriseninterventionsstationen tätig sind. Der Link zum Online-Fragebogen wurde per E-Mail von Herrn Dr. Prof. med. Marc Walter an die Pflegepersonen der vier Kriseninterventionsstationen verteilt. Geplant war eine Datenerhebung über maximal zwei Wochen, wobei nach einer Woche bei zu geringer Quote der Teilnehmenden ein Reminder verschickt werden sollte. Da nach Ablauf der ersten Woche lediglich 17 Pflegepersonen teilgenommen hatten, wurde im Anschluss wie geplant ein Reminder, ebenfalls per E-Mail versendet. Nach einer weiteren Woche hatte der Reminder leider nicht die gewünschte Wirkung, da nur vier Pflegepersonen zusätzlich an der Umfrage teilgenommen haben, wonach insgesamt 21 Pflegepersonen befragt wurden. Da diese Anzahl in Anbetracht der möglichen Stichprobengrösse und der Tatsache, dass für statistische Verfahren eine Grösse der Stichprobe von mindestens 30 Personen benötigt wird, zu klein ausfällt, wurde entschieden, erneut einen Reminder zu aktivieren. Dieses Mal wurde ein Flyer mit einem QR-Code zur Umfrage in den vier Stationszimmern angebracht. Um möglichst viele Pflegepersonen motivieren zu können, wurde versucht anhand eines humorvollen Flyers mit einer persönlichen Botschaft möglichst viele Personen zu erreichen. Der Flyer ist im Anhang D ersichtlich. Dazu wurde in jedem Stationszimmer eine süsse Überraschung hinterlegt. Eine Woche später, also in der dritten Woche der Datenerhebungsphase haben weitere 19 Pflegepersonen an der Umfrage teilgenommen, wodurch sich nun ein Gesamtsample von 40 Pflegepersonen ergab.

Bei der Durchführung der Umfrage waren alle Fragen als Pflichtfragen ausgewählt, weshalb es nicht möglich war, Fragen zu überspringen.

3.3 Explorativ Interviews

Das Ziel von explorativen Interviews ist es, schnellstmöglich viele und differenzierte Eindrücke und Impulse zu einem bestimmten Thema sammeln zu können (Honer, 2011). Aufgrund dessen, dass in der Literatur keine Hinweise auf Fragebögen mit Items zur Belastung und deren Umgang der Pflege auf der Akutpsychiatrie zu finden waren, sollte

anhand von dieser Methode mit der Befragung von zwei Pflegepersonen Hinweise zu möglichen Belastungsfaktoren im Alltag auf der Akutpsychiatrie und deren Umgang gefunden werden, sodass anschliessend die Items für den Fragebogen entsprechend formuliert werden und die richtigen Themenbereiche abgefragt werden konnten. Eine interviewte Pflegeperson ist auf der Station mit Schwerpunkt Psychosen tätig, die andere auf deren der Depressionen. Anhand von vorher definierten Leitfragen, wurde der thematische Rahmen für die zwei explorativen Interviews gesetzt, wobei es nicht unüblich ist, aufgrund der Antworten der Interviewpartner spontan Fragen zu stellen, welche nicht im Leitfaden aufgenommen sind (Honer, 2011). Beide Interviews dauerten ca. 20 Minuten. Der Leitfaden der explorativen Interviews ist im Anhang B zu finden. Auf eine Transkription der Interviews wurde bewusst verzichtet, da die Interviews lediglich zur Konstruktion der Items für den Fragebogen verwendet werden. Anstelle einer Transkription wurde daher eine Zusammenfassung der Interviews mit den relevantesten Aussagen erstellt, welche im Anhang C ersichtlich ist.

3.4 Fragebogen

Der Fragebogen wurde mittels dem Online-Tool Unipark erstellt. Um den Störeffekt der Tendenz zur Mitte bei den Antwortmöglichkeiten zu vermeiden, wurde eine vierstufige Likert-Skalierung gewählt (Bogner & Landrock, 2015). Zu Beginn des Fragebogens mussten alle Teilnehmenden ein Einwilligungsfeld ausfüllen. Anschliessend wurden Angaben zur Person abgefragt, welche für die Analyse relevant sind, um mögliche Zusammenhänge und Unterschiede untersuchen zu können. So wurde das Alter, das Geschlecht, die Kriseninterventionsstation, die Dienstjahre sowie das Arbeitspensum erhoben. Anschliessend wurden den Teilnehmenden Fragen zur aktuellen Belastungshöhe und der Art der Belastungen gestellt. Falls bei Belastungen angegeben wurde, dass diese nicht erlebt wurden, folgte keine Frage. Falls die betreffende Belastung im Arbeitsalltag erlebt wurde, folgte jeweils eine Filterfrage, wie hoch die Stärke der betreffenden Belastung

eingeschätzt wird. Aus den Interviews ging hervor, dass ein reger Austausch im Team oftmals helfen kann, um Belastungen abfedern zu können. Ebenfalls gibt es verschiedene Möglichkeiten über belastende Ereignisse zu sprechen, da Angebote wie Supervisionen oder Care-Teams existieren. So wurden die oben genannten Aspekte als mögliche Besprechungsgefässe in den Fragebogen aufgenommen. Auch in der Literatur wird aufgezeigt, dass Pflegepersonen, welche an Besprechungsgefässen teilnehmen, eher weniger belastet sind als solche die es nicht tun (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Hyrkäs, 2005; Jones, 2001; Wallbank & Hatton, 2011; Žorga, 2002). Aus diesem Grund wurde als nächstes gefragt, ob und an welchen Besprechungsgefässen teilgenommen wurde und wie häufig. Anschliessend wurden die Teilnehmenden nach ihrem Umgang mit Belastungen gefragt, wobei auch Freitextantworten möglich waren. Am Ende wurde die Frage gestellt, ob die Abgrenzung von Belastungen möglich ist und Detachment gelingen kann. Detachment bezeichnet die Fähigkeit, sich von belastenden Situationen oder Gedanken der Arbeit distanzieren zu können, um sich nicht von stressigen Umgebungen überwältigen zu lassen und in der Freizeit abschalten zu können (Sonntag & Schiffner, 2019). Detachment wird als wichtig erachtet, um negative Auswirkungen auf die Gesundheit vermeiden zu können (Weigelt, Gierer & Syrek, 2019).

3.5 Pretest

Bevor die eigentliche Datenerhebung starten konnte, wurde mit einem Pretest geprüft, ob die Verständlichkeit des Fragebogens gegeben war, ob technische Fehler auftreten würden und um formale Fehler zu beseitigen (Döring, 2023). Die Stichprobe des Pretests umfasste 10 Personen, wovon alle in der Pflege tätig sind, jedoch nicht bei der PDAG oder speziell in Psychiatrien arbeiten. Anhand des Pretests zeigte sich, dass die angestrebte Bearbeitungszeit von drei bis fünf Minuten mit einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit von vier Minuten im Pretest gut erreicht werden konnte. Nach Rückmeldung der Teilnehmenden konnte noch an diversen Stellen des Fragebogens

kleinere Unklarheiten aufgrund von Formulierungen und einige wenige Schreibfehler korrigiert werden. Anschliessend war der Fragebogen bereinigt und die Datenerhebung konnte starten.

3.6 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasst 40 Pflegepersonen, wovon 32 Pflegepersonen weiblich sind und acht männlich. Auf der Station KPP-1 arbeiten 10 weibliche Pflegepersonen, auf der Station KPP-2 vier männliche und acht weibliche Pflegepersonen, auf der Station KPP-3 arbeiten drei männliche und neun weibliche Pflegepersonen und auf der Station KPP-4 eine männliche und fünf weibliche Pflegepersonen. Das Durchschnittsalter der Stichprobenteilnehmer beträgt 33 Jahre, wobei die jüngste Person 17 Jahre alt ist und die älteste 62 Jahre. Im Durchschnitt arbeiten die Pflegepersonen seit viereinhalb Jahren in der PDAG, mit drei Wochen hat eine Pflegeperson das geringste Dienstalder und mit 42 Jahren hat eine das höchste Dienstalder. Im Durchschnitt beträgt das Arbeitspensum aller Pflegepersonen 87%, das kleinste Pensum beträgt 10% und das höchste 100%.

4. Ergebnisse

Die quantitative Datenerhebung ist im Monat April 2023 mittels Online-Fragebogen erfolgt. Die Umfrage wurde an sämtliche Pflegepersonen auf den Akutstationen der PDAG per E-Mail versendet. Nachfolgend werden die Ergebnisse dieser Umfrage dargestellt und ausgewertet. Die Berechnungen dazu wurden anhand des Tools SPSS vorgenommen. Insgesamt haben 52 Personen am Fragebogen teilgenommen, wobei die Beendigungsquote bei rund 77% lag. Somit haben 40 Personen den Fragebogen vollständig ausgefüllt und nicht abgebrochen.

Aufgrund der geringen Zahl der Teilnehmenden pro Gruppe, sind Gruppenvergleiche unter allen vier Kriseninterventionsstationen nur mittels dem statistischen Verfahren des Kruskal-Wallis-Tests möglich. Mittelwertvergleiche zwischen zwei Gruppen wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test gemacht, da keine Normalverteilung der Daten gegeben ist. Aufgrund dessen wurden Korrelation mittels der Spearman-Korrelation berechnet. Die Ergebnisse werden nachfolgend nach den Themenblöcken der Belastung und des Umgangs mit Belastung gegliedert und erläutert.

4.1 Themenblock - Belastung in der Akutpsychiatrie

In diesem Themenblock wird erfasst, wie hoch die Mitarbeitenden der Akutpsychiatrie ihre Belastung im Arbeitsalltag angeben. Anschliessend wird gezeigt, welche Belastungen auftreten und wie stark belastend diese Auswirkungen für die Pflegepersonen sind. Da die Hypothesen thematisch auch in diesen Themenblock angesiedelt sind, werden sie auch in diesem Unterkapitel analysiert.

Die Abbildung 5 zeigt einen ersten Überblick über die allgemeine Belastungshöhe in der gesamten Stichprobe und beinhaltet noch keine differenzierte Betrachtung nach Kriseninterventionsstationen.

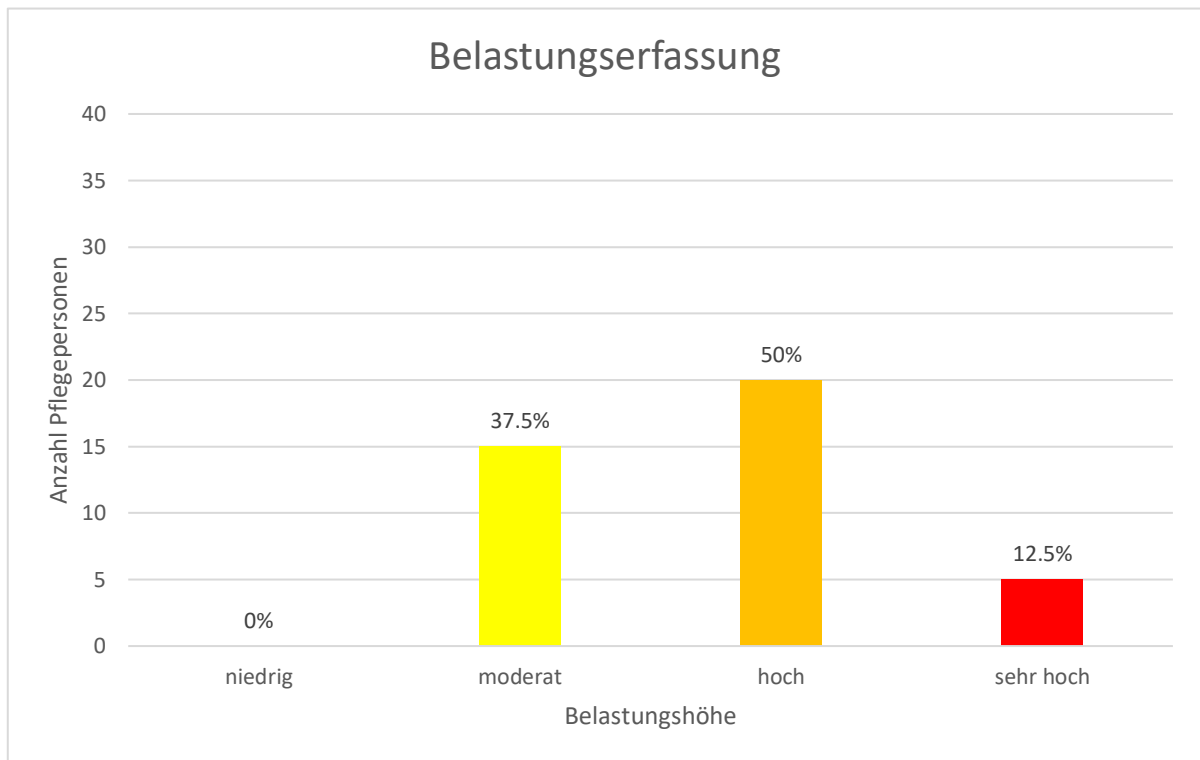


Abbildung 5. Belastungserfassung der Pflegepersonen (eigene Darstellung)

Die Kategorie «Belastungserfassung» verfügt über eine Likert-Skala mit den Ausprägungen *niedrig* (1) bis *sehr hoch* (4).

Über alle Mitarbeitenden gesehen ergab dies eine durchschnittliche Belastungshöhe von 2.8, die einer Klassifizierung der Belastungshöhe nahe am Wert der Antwortkategorie *hoch* (3) entspricht.

Mit Blick auf die verschiedenen Kriseninterventionsstationen zeigt Abbildung 6 die Mittelwerte der Belastungshöhe.

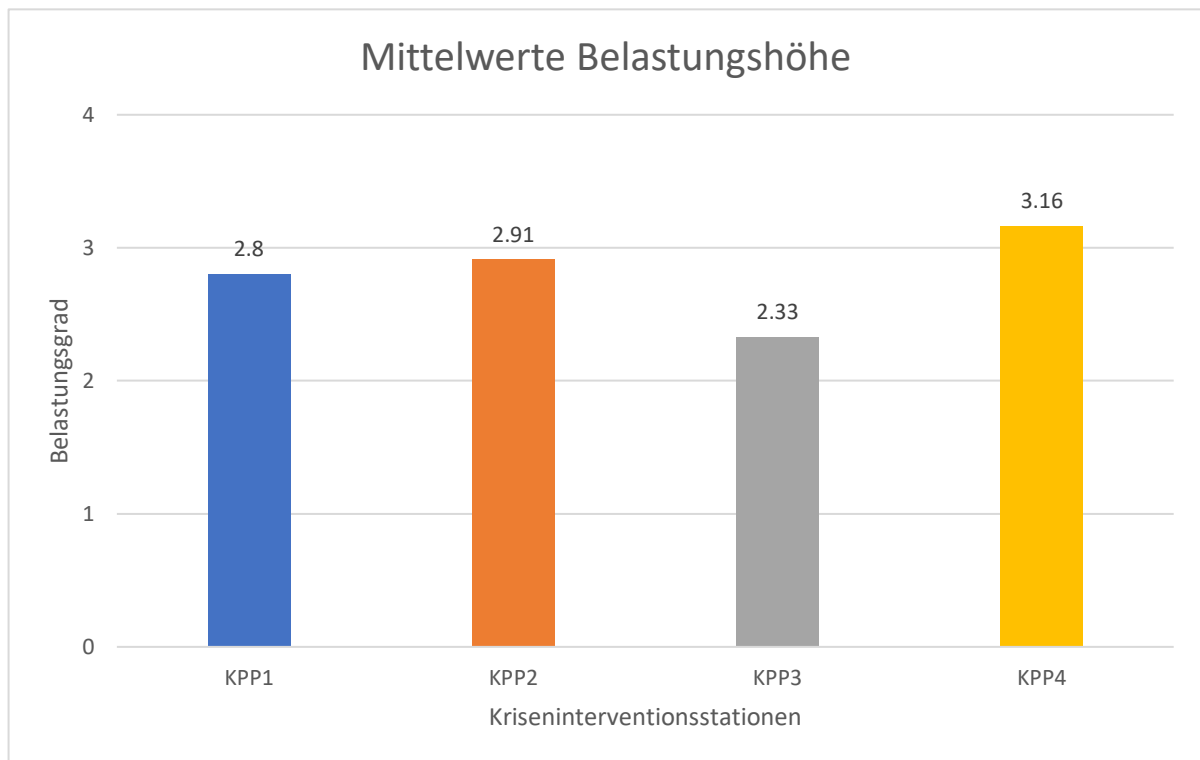


Abbildung 6. Überblick der Mittelwerte der Belastungshöhe nach Kriseninterventionsstationen (eigene Darstellung)

Um eine Übersicht darüber zu erhalten, ob Unterschiede bei der Belastungshöhe zwischen den vier verschiedenen Kriseninterventionsstationen signifikant sind, wurde ein Kruskal-Wallis-Test absolviert. Dieser Test wurde gewählt, da die Voraussetzungen einer Varianzanalyse nicht erfüllt waren, weil die Daten nicht normalverteilt waren.

Der Kruskal-Wallis-H-Test zeigte, dass bei der Variable «Belastungshöhe» keine signifikanten Unterschiede (Kruskal-Wallis-H(3) = 7.309, $p = .063$) zwischen den vier Kriseninterventionsstationen vorhanden waren, obwohl sich die Mittelwerte der Stationen teils fast um einen Punkt unterschieden.

Zusätzlich wurde untersucht, ob signifikante Unterschiede zwischen dem höchsten Belastungswert der KPP-4 und dem tiefsten Belastungswert der KPP-3 existieren. Der Mann-Whitney-U-Test konnte jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Mittelwerten finden, $U = 18.000$, $p = .060$.

4.1.1 Belastungsarten

Anschliessend wurden die Teilnehmenden dazu befragt, welche Art von Belastungen auftreten und wie oft dies der Fall ist. Dazu wurden Items zu verschiedenen Belastungen formuliert. Die Items haben jeweils Likert-Skala mit den Ausprägungen *tritt nicht auf* (1) bis *tritt täglich auf* (4). Dabei sind die absoluten Werte pro Belastung in Abbildung 7 aufgeführt. Da die Stichprobe $n = 40$ umfasst, ist somit die höchstmögliche Nennung pro Antwortkategorie 40. Antwortkategorien, welche über keine Nennungen verfügen, weisen auch keine Balken auf. Die genaue Formulierung der Items zu den Belastungsarten ist dem Fragebogen im Anhang A zu entnehmen.

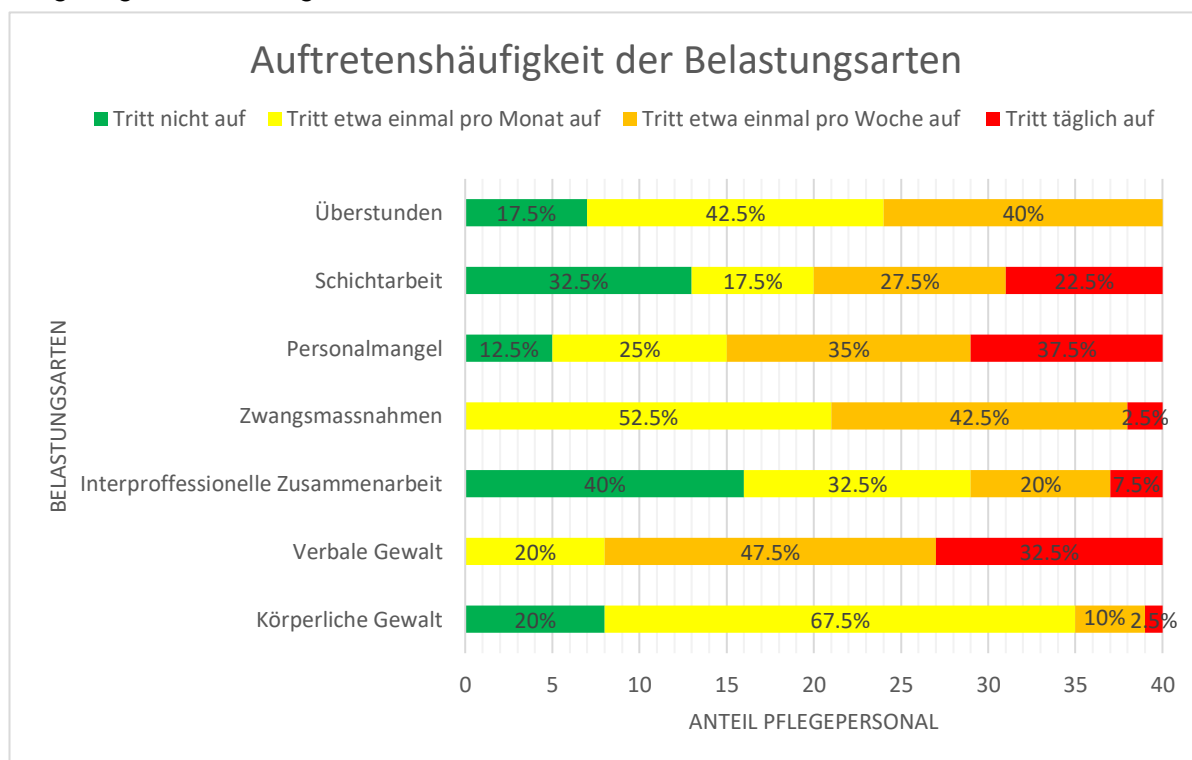


Abbildung 7. Häufigkeit des Auftretens von Belastungsarten (eigene Darstellung)

Auffallend ist bei Betrachtung der roten Balken, dass die jeweilige Belastung täglich auftritt, vorallem die Belastungskategorien «Verbale Gewalt» mit neun Nennungen, «Personal Mangel» mit fünf Nennungen und «Schichtarbeit» mit vier Nennungen. Diese Kategorien weisen im Verhältnis zu den anderen Belastungskategorien über viele Nennungen auf. Die Antwortkategorie *tritt nicht auf (1)* wurde wie der grüne Balken darstellt, bei den Belastungskategorien «Interprofessionelle Zusammenarbeit» (15 Nennungen) und «Schichtarbeit» (13 Nennungen) am häufigsten angewählt. Auch erwähnenswert ist, dass bei den Kategorien «Zwangsmassnahmen» und «Verbale Gewalt» keine Nennungen zur Antwortkategorie *tritt nicht auf (1)* vorhanden sind.

Um erfassen zu können wie stark belastend die Kategorien der Belastungsarten wahrgenommen wurden, erhielten alle Personen welche *tritt etwa einmal im Monat auf (2)*, *tritt etwa einmal pro Woche auf (3)* und *tritt täglich auf (4)* angewählt haben, zu jeder Belastungsart die Folgefrage, wie stark belastend sie diese wahrnehmen. Dabei standen jeweils die Antwortkategorien *nicht belastend (1)* bis *stark belastend (4)* zur Auswahl. Personen, welche bei der Belastungsart *tritt nicht auf (1)* ausgewählt haben, erhielten diese Filterfragen nicht, da sie nicht in der Lage sind die Belastungsstärke einzuschätzen, weil die Belastung bei ihnen im Arbeitsalltag nicht auftrat. Die Mittelwerte der Belastung sind pro Belastungsart in Abbildung 8 abzulesen. Je höher der Wert an der Zahl vier, auf der x-Achse beschriftet mit «Belastungsgrad», desto stärker wird die Belastung wahrgenommen.

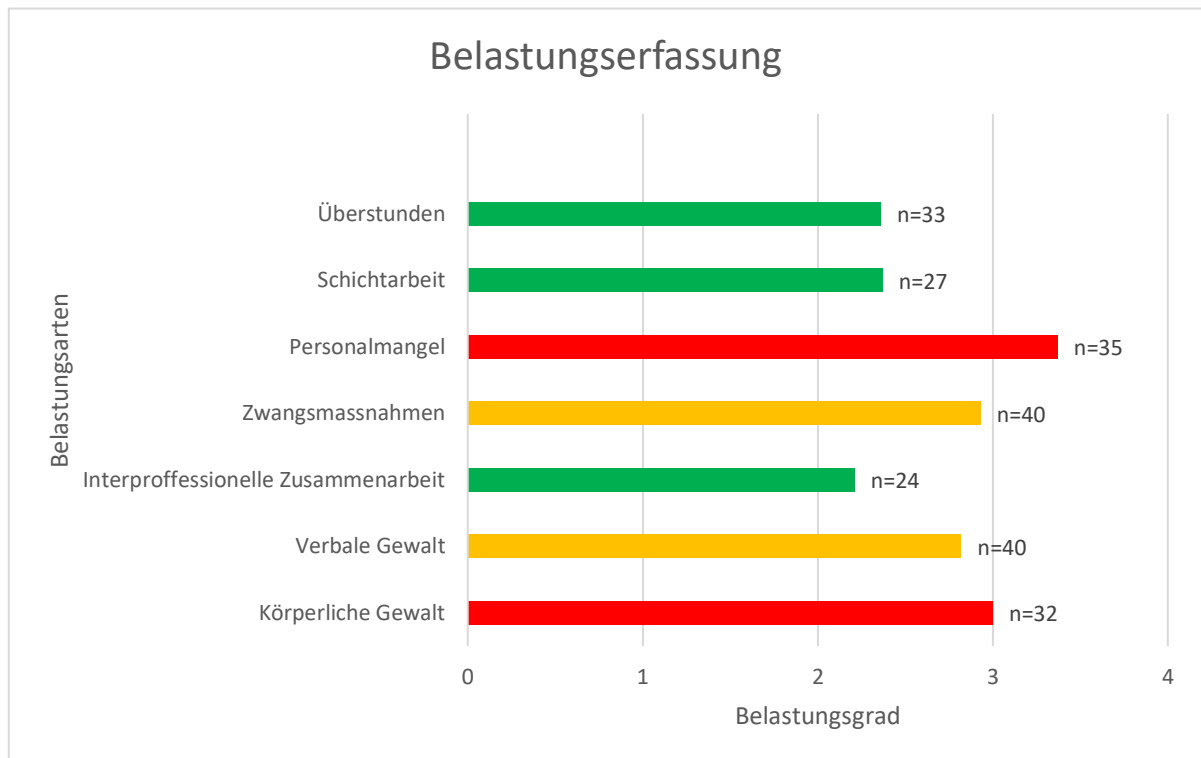


Abbildung 8. Wahrgenommene Belastungsstärke der Belastungsarten (eigene Darstellung)

Die Abbildung 8 zeigt, dass die Kategorien «Personalmangel» und «körperliche Gewalt» als *moderat belastend* (3) wahrgenommen wurden. Dahinter folgen die Kategorien «Zwangsmassnahmen» und «verbale Gewalt» welche einen Mittelwert knapp unter drei aufweisen.

Nun wurde mittels des Pearson-Korrelationskoeffizienten untersucht, ob eine Korrelation zwischen der Häufigkeit des Auftretens einer Belastungsart und deren wahrgenommene Belastungsstärke existiert. Hierfür konnte für zwei Belastungsarten eine signifikante Korrelation entdeckt werden. Einerseits wurde bei der Belastungsart «Personalmangel» ein Zusammenhang von $r = .713$, $p < .001$, $n = 35$ zwischen der Häufigkeit des Auftretens und der wahrgenommenen Stärke der Belastung von Personalmangel festgestellt. Auch bei der Belastungsart «Zwangsmassnahmen» konnte ein signifikanter Zusammenhang von $r = .438$, $p = .005$, $n = 40$, gefunden werden.

Um festzustellen, ob die am stärksten wahrgenommene Belastung des Personalmangels signifikant belastender wahrgenommen wurde, als die in der

interprofessionellen Zusammenarbeit angegebene schwächste Belastung, wurde ein Wilcoxon-Test absolviert, da dieser keine normalverteilten Daten voraussetzt.

Der Wilcoxon-Test zeigte, dass sich die Mittelwerte des Personalmangels und der interprofessionellen Zusammenarbeit signifikant unterscheiden, $z = -3.779$, $p < .001$. Somit wurde Personalmangel signifikant belastender wahrgenommen als interprofessionelle Zusammenarbeit. Dasselbe gilt für Zwangsmassnahmen, bei welchen ebenfalls ein signifikanter Unterschied auszumachen war, $z = -3.279$, $p = .001$.

Um bei den Belastungskategorien festzustellen, wie die Auftretenshäufigkeit nach Kriseninterventionsstation verteilt waren, werden diese nachfolgend analysiert.

Mit Blick auf die Verteilung der Auftretenshäufigkeit der Belastungskategorien nach Kriseninterventionsstation zeigt sich, dass abgesehen von der Kriseninterventionsstation KPP-3, alle Stationen über ein häufiges Auftreten des Belastungsfaktors «Personalmangel» aufwiesen. Mit Blick auf die Häufigkeiten der Belastungsarten gibt es bei der Station KPP-4 gleich fünf Belastungskategorien, welche zu einem Grossteil auch täglich auftreten. Auch bei der Station KPP-2 gibt es vier Belastungskategorien, welche zu einem relativ grossen Anteil täglich auftreten. Grund für den hohen Belastungswert der Stationen KPP-4 und KPP-2 könnten das häufige Auftreten von Personalmangel und Zwangsmassnahmen sein, da wie oben beschrieben, bei diesen beiden Belastungsarten die wahrgenommene Belastung mit steigender Häufigkeit zunimmt. Bei den Stationen KPP-1 und KPP-3 treten Personalmangel und Zwangsmassnahmen weniger häufig auf, was die geringer angegebene Belastungshöhe der Pflegepersonen erklären könnte. Um einen grafischen Überblick zu erhalten, können die Diagramme im Anhang E betrachtet werden.

Zum Abschluss dieses Themenblocks werden noch die Belastungskategorien, welche aufgrund von häufigem Auftreten oder stark wahrgenommener Belastung von besonderer Relevanz sind, näher betrachtet.

4.1.2 Verbale Gewalt

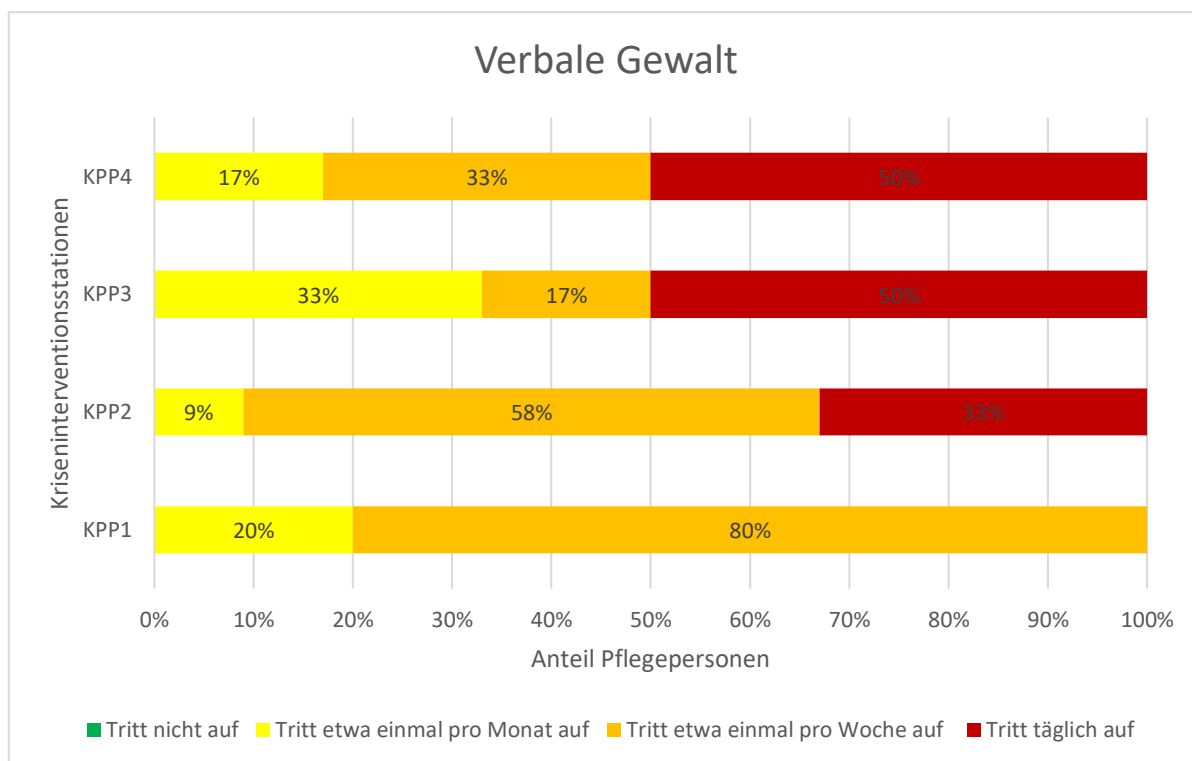


Abbildung 9. Auftretenshäufigkeit von verbaler Gewalt nach Kriseninterventionsstationen (eigene Darstellung)

Wie in der Abbildung 9 ersichtlich, trat verbale Gewalt bei allen Pflegepersonen mindestens einmal pro Monat auf. Bei den Kriseninterventionsstationen, welche den Schwerpunkt Psychosen aufweisen, trat die verbale Gewalt bei deskriptiver Betrachtung noch häufiger auf, vorallem häufiger täglich, als sie dies bei den Stationen KPP-1 und KPP-2 mit den Schwerpunkten Depressionen und bipolare Störungen tat. Dazu war der Mittelwert der Auftretenshäufigkeit der verbalen Gewalt über alle Pflegepersonen 3.16. Somit entsprach dies einer Auftretenshäufigkeit von mindestens einmal pro Woche. Die Belastungsstärke der verbalen Gewalt wurde von Pflegepersonen mit einem Mittelwert von 2.82 knapp als nicht *moderat belastend* (3) eingestuft.

4.1.3 Personalmangel

Neben der verbalen Gewalt trat die Belastungskategorie «Personalmangel» am zweithäufigsten auf (siehe Abbildung 10).

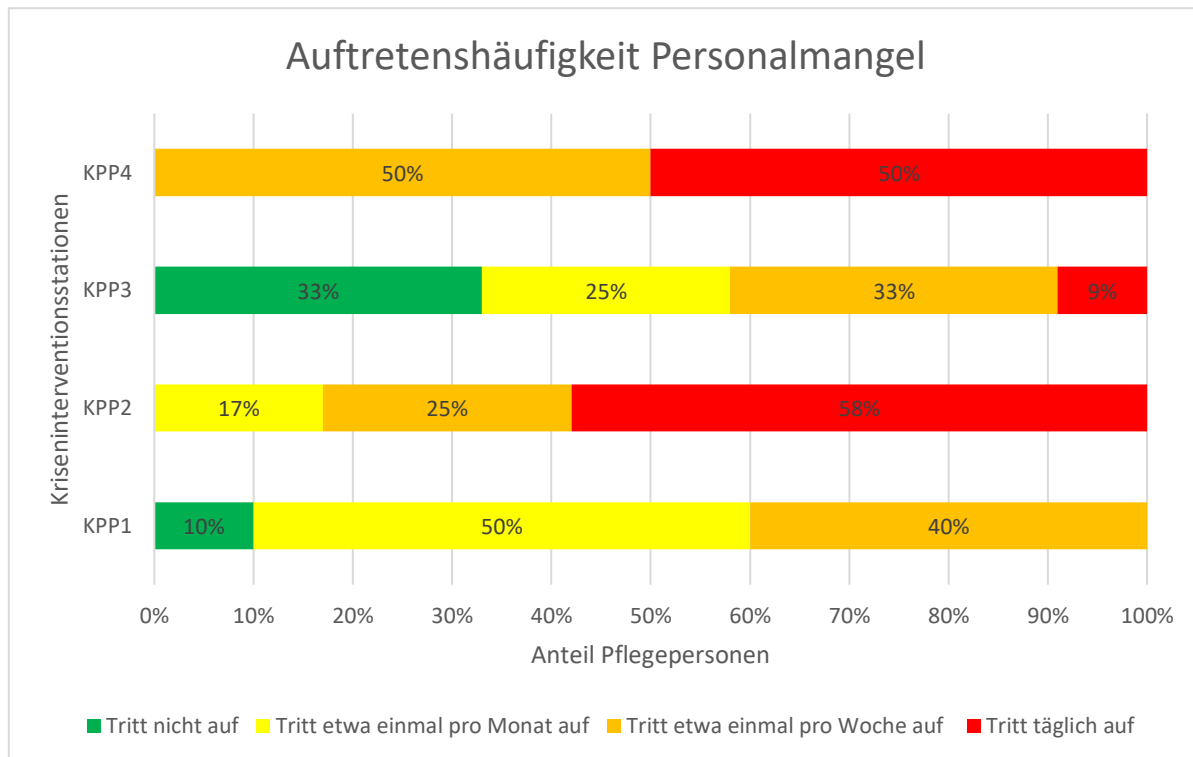


Abbildung 10. Auftretenshäufigkeit von Personalmangel nach Kriseninterventionsstation (eigene Darstellung)

Nach Angaben der Pflegepersonen ist der Personalmangel vor allem auf den Stationen KPP-2 und KPP-4 häufig ein Problem. Über alle Stationen und Pflegepersonen ist die Auftretenshäufigkeit des Mittelwerts 2.78, wodurch der Wert nahe der Klassifikation *tritt etwa einmal pro Woche auf* (3) liegt. Im Durchschnitt wurde die Belastungsstärke des Personalmangels mit 3.37 zwischen *moderat belastend* (3) und *stark belastend* (4) eingeschätzt. Grundsätzlich ist der Personalmangel nicht nur ein Belastungsfaktor welcher häufig auftritt, sondern auch als besonders schwerwiegend wahrgenommen wird.

4.1.4 Körperliche Gewalt

Anders als bei den oben beschriebenen Kategorien trat die Belastungskategorie «körperliche Gewalt» glücklicherweise nicht so häufig auf, auf keiner der Stationen täglich. Abgesehen von der KPP-1 gab es bei jeder anderen Station Pflegepersonen, welche angegeben haben, dass körperliche Gewalt nicht auftritt (siehe Abbildung 11). Der Mittelwert über alle Stationen und Pflegepersonen betrug 1.95, was sehr knapp unter der Klassifikation *tritt etwa einmal pro Monat auf (2)* liegt. Die wahrgenommene Belastungsstärke lag jedoch beim Wert 3, was einer moderaten Belastung entspricht.

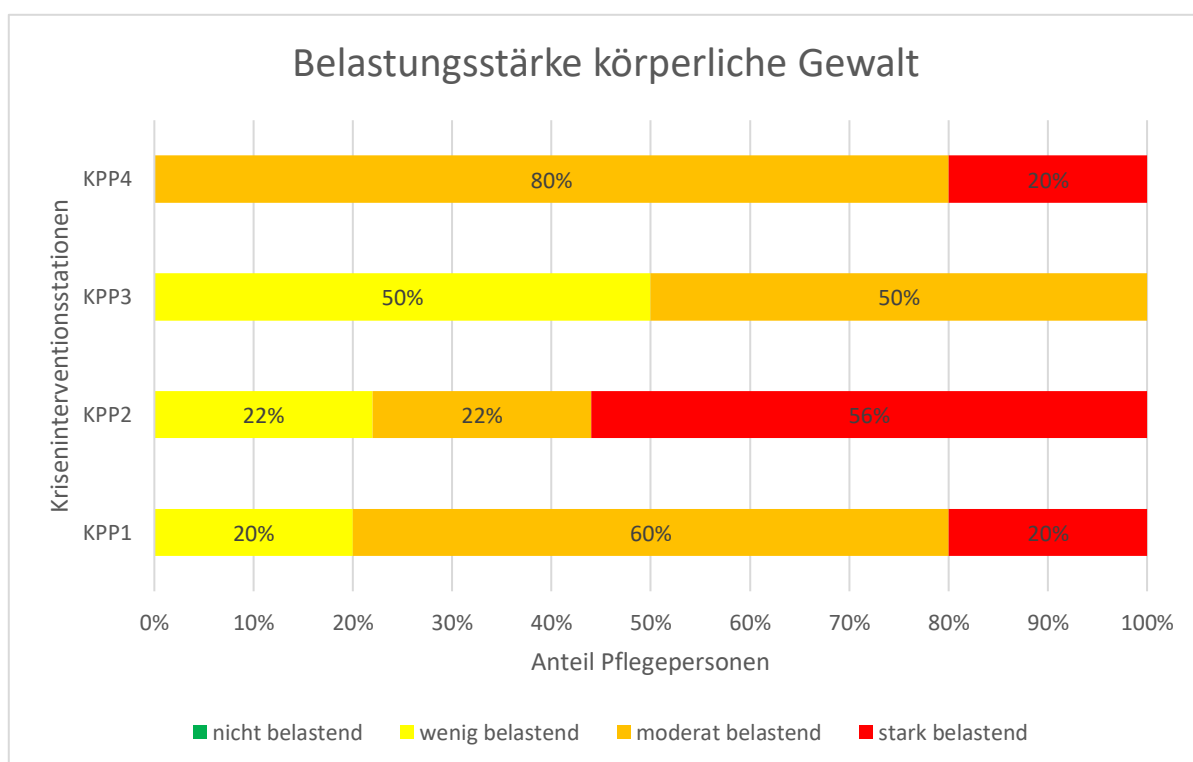


Abbildung 11. Wahrgenommene Belastungsstärke von körperlicher Gewalt nach Kriseninterventionsstationen (eigene Darstellung)

4.1.5 Zwangsmassnahmen

Die letzte hier im Themenblock analysierte Belastungskategorie «Zwangsmassnahmen» weist ähnlich wie die körperliche Gewalt, eine tiefe tägliche Auftretenshäufigkeit auf, jedoch traten Zwangsmassnahmen bei allen Pflegepersonen auf, und im Mittelwert über alle Stationen und Pflegepersonen betrug die Auftretenshäufigkeit

2.53, was zwischen den Antwortskalenniveaus *tritt etwa einmal im Monat auf (2)* und *tritt etwa einmal pro Woche auf (3)* liegt. Im Vergleich mit den anderen Belastungskategorien weist die Kategorie «Zwangsmassnahmen» mit einem durchschnittlichen Belastungswert von 2.93 die dritthöchste Belastungshöhe aller Kategorien (siehe Abbildung 12) auf.

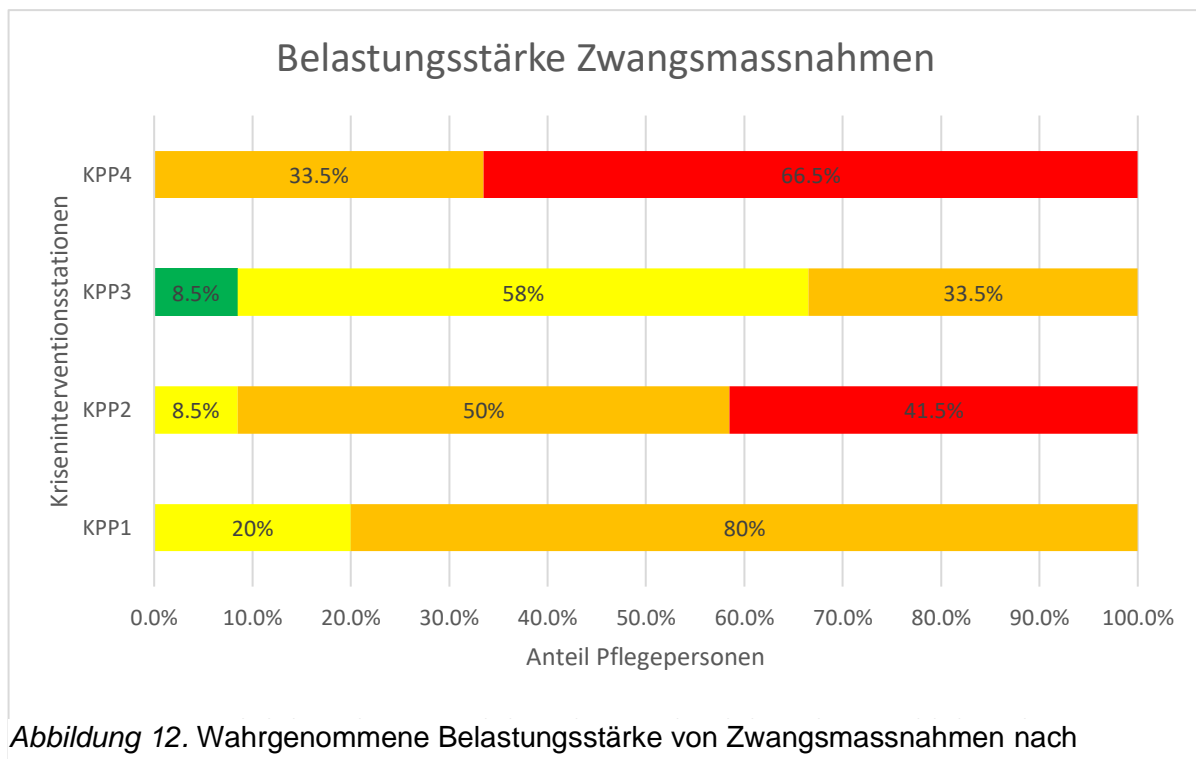


Abbildung 12. Wahrgenommene Belastungsstärke von Zwangsmassnahmen nach Kriseninterventionsstation (eigene Darstellung)

H1 Hypothese

Die erste Hypothese vermutet, dass Pflegepersonen mit vielen Dienstjahren über eine tiefere Belastungshöhe verfügen, als Pflegepersonen mit weniger Dienstjahren. Um diese Hypothese zu untersuchen wurde versucht, einen negativen Zusammenhang zwischen Belastungshöhe und Dienstjahren zu finden. Dies geschah anhand der Rangkorrelation nach Spearman, da dieser Test keine normalverteilten Daten voraussetzt.

Die Rangkorrelation nach Spearman zeigte, dass zwischen den Variablen «Belastungshöhe» und «Dienstjahre» kein signifikanter Zusammenhang vorhanden ist, $r = .0009$, $p = .957$. Somit kann die H1 Hypothese nicht bestätigt werden.

H2 Hypothese

Die H2 Hypothese besagt, dass Pflegepersonen welche an Besprechungsgefässen teilnehmen, eine tiefere Belastungshöhe aufweisen als Pflegepersonen, die nicht an Besprechungsgefässen teilnehmen. Um dies zu testen, wurden zunächst zwei Mittelwerte berechnet, welche anschliessend verglichen werden können. Bei den Items zu den Besprechungsgefässen konnten die Pflegepersonen jeweils angeben, wie oft sie diese nutzen, wobei die Skala von *nie* (1) bis zu *immer* (4) reichte. Nun konnte eine Gruppe in Personen eingeteilt werden, welche bei mindestens einem Item angegeben haben, nie am Besprechungsangebot teilzunehmen ($n = 23$) und bei der anderen Gruppe nur Personen, welche überall mindestens selten teilgenommen haben ($n = 17$).

Um die Mittelwerte zweier unabhängiger Gruppen zu vergleichen, war es in diesem Fall nicht möglich einen Zweistichproben T-Test durchzuführen, da die Voraussetzung für Normalverteilung nicht gegeben ist. Stattdessen wurde auf den Mann-Whitney-U-Test zurückgegriffen, der lediglich eine abhängige Variable benötigt, welche mindestens ordinalskaliert ist. Das Resultat des U-Tests zeigte, dass sich die Mittelwerte der beiden Gruppen nicht signifikant unterscheiden, $U = 148.000$, $p = .151$. Somit kann die H2 Hypothese nicht bestätigt werden.

4.2. Themenblock - Umgang mit Belastung

Bei diesem Themenblock steht der Umgang der Pflegepersonen mit ihren Belastungen im Vordergrund. Zu Beginn wurde den Teilnehmenden eine Auswahl an Besprechungsgefässen gezeigt und gefragt, wie oft sie die Besprechungsangebote nutzen. Diese wurden anhand der explorativen Interviews ausgewählt, womit sichergestellt wurde, dass die Besprechungsgefässe auch tatsächlich in der PDAG existieren und von allen gleichermassen genutzt werden könnten. Die Items wiesen die Antwortoptionen einer Likert-Skala auf mit den Ausprägungen *nie* (1) *immer* (4). Die verschiedenen Besprechungsgefässe sind in der Abbildung 13 ersichtlich und die Häufigkeiten, welches

Angebot wie oft genutzt wurde, sind darin enthalten. Das Diagramm enthält die Zahlen der gesamten Stichprobe und ist nicht nach Kriseninterventionsstationen aufgeteilt.

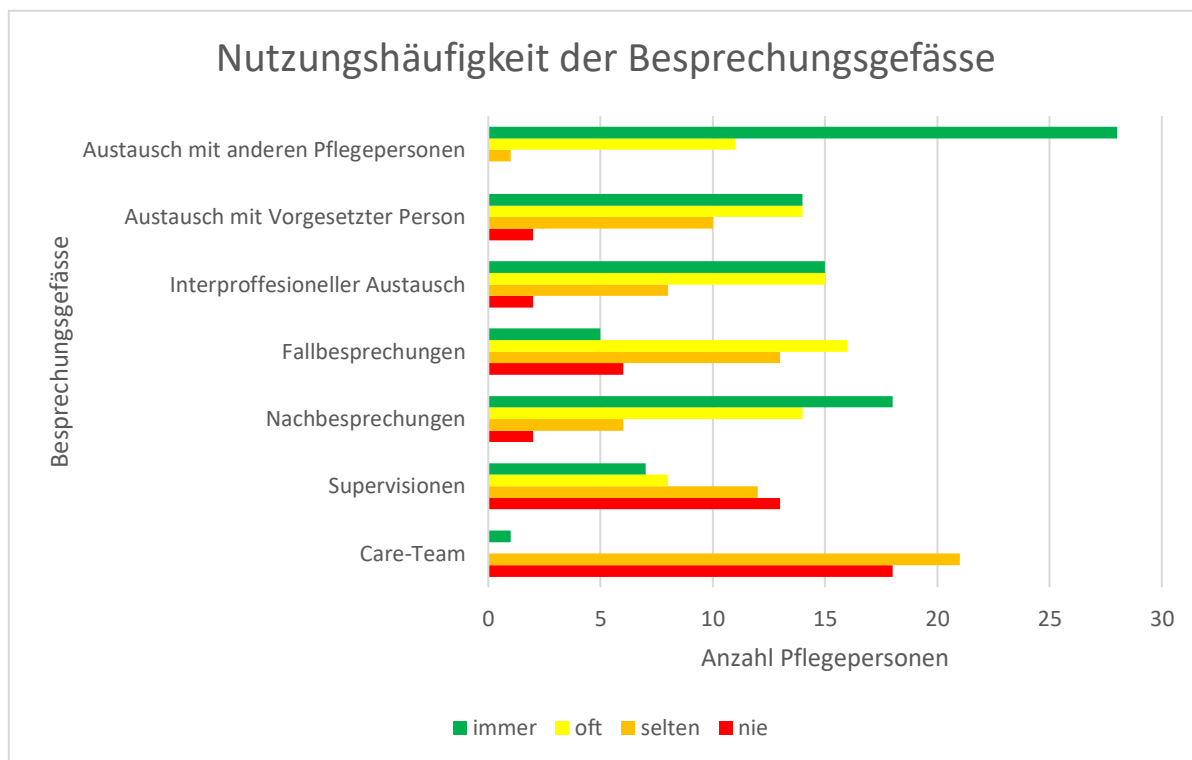


Abbildung 13. Nutzungshäufigkeit der Besprechungsgefäße nach Anzahl Pflegepersonen (eigene Darstellung)

Bei Betrachtung des Diagramms fällt auf, dass die Variable «Austausch mit anderen Pflegepersonen» die mit Abstand am häufigsten verwendete Form aller Besprechungsgefäße ist. Ausgenommen von den Besprechungsgefäßen «Supervisionen» und «Care-Team» haben zudem bei allen anderen Besprechungsgefäßen immer mindestens 50% aller Teilnehmenden angegeben, diese *oft* (3) oder *immer* (4) zu nutzen.

Neben der Erfassung wie oft Pflegepersonen die Besprechungsgefäße nutzen, wurde registriert, welche Copingstrategien die Pflegepersonen bei auftretender Belastung wählen. Dazu wurden den Befragten Items mit unterschiedlichen Strategien präsentiert, welche in der Abbildung 14 zu entnehmen sind. Dabei konnten die Teilnehmenden für jede Strategie angeben, ob sie diese verwenden oder nicht. In der Abbildung 14 sind die

Häufigkeiten nach der gesamten Stichprobe, $n = 40$, nach den Coping-Strategien aufgelistet.

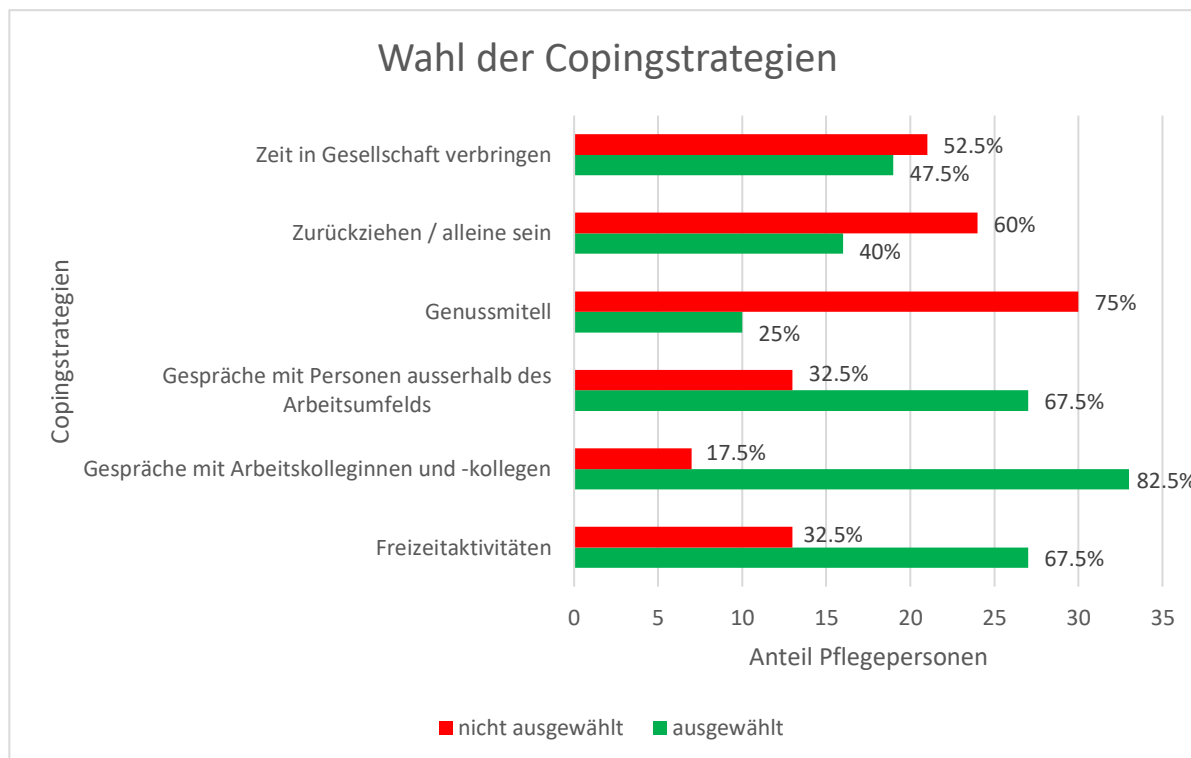


Abbildung 14. Wahl der Copingstrategien nach Anteil Pflegepersonen (eigene Darstellung)

Dabei fällt auf, dass die mit $n = 33$ am meisten gewählte Coping-Strategie die Variable «Gespräche mit Arbeitskolleginnen und -kollegen» darstellt. Danach folgen die Variablen «Gespräche mit Personen ausserhalb des Arbeitsumfelds» und «Freizeitaktivitäten» mit je $n = 27$, bei welchen jeweils über die Hälfte der Teilnehmendenangaben, diese anzuwenden. Die am wenigsten ausgewählte Variable stellt «Genussmittel», $n = 10$ dar. Neben den zur Verfügung gestellten Antwortoptionen hatten die Pflegepersonen die Möglichkeit, eigene Antworten einzubringen. Die Nennungen hierbei waren: «Mit dem Haustier Zeit verbringen», «Bewegung», «Natur», «schlafen und essen» sowie «Sport, Wandern und mit dem Hund rausgehen».

Zum Schluss des Themenblocks «Umgang mit Belastungen» erhielten die Teilnehmenden ein Item zur Feststellung, ob und wie oft sie die Belastungen mit nach Hause nehmen. Je weniger oft dies geschieht, desto besser gelingt die Abgrenzung. Das Item verfügt über folgende Likert-Skalen Antwortoptionen: *nie (1) immer (4)*. Die Abbildung 15 zeigt die gesamte Stichprobe $n = 40$ mit den Häufigkeiten zu den Antwortkategorien. Der Mittelwert der Abgrenzung beträgt 2.13, die meisten Personen, $n = 18$ wählten die Antwortkategorie *manchmal (2)*.

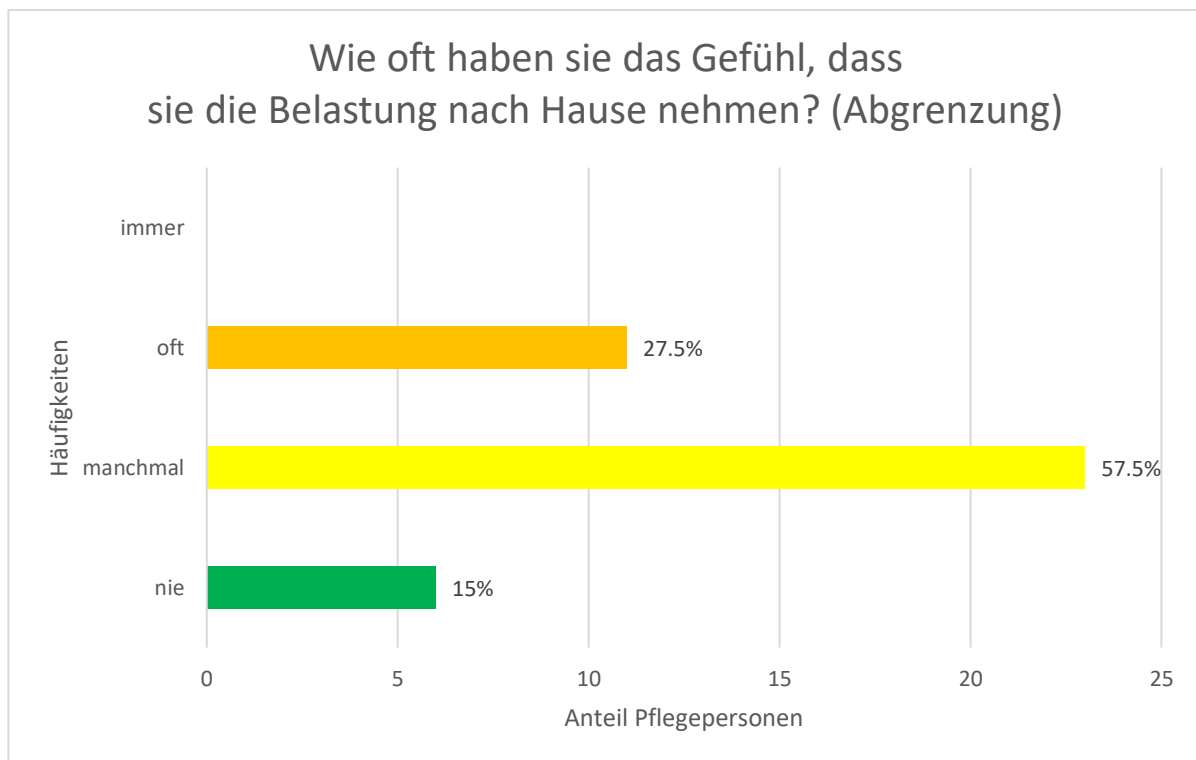


Abbildung 15. Fähigkeit zur Abgrenzung nach Anteil Pflegepersonen (eigene Darstellung)

Im Bereich der Abgrenzung konnte eine interessante Korrelation entdeckt werden. So existiert ein signifikanter Zusammenhang zwischen Belastungshöhe und der Abgrenzung, $r = .441$, $p = .008$. Also haben Pflegepersonen welche eine hohe Belastungshöhe angaben, auch über einen hohen Wert bei der Kategorie «Abgrenzung» vermerkt, was bedeutet, dass Belastungen öfter nach Hause genommen werden.

5. Diskussion

Das Kapitel 5 interpretiert die Ergebnisse der quantitativen Erhebung und diskutiert diese anhand der theoretischen Fundierung. Anschliessend werden die zu Grunde liegenden Fragestellungen und Hypothesen beantwortet. Zudem werden Handlungs- und Gestaltungsempfehlungen für die Praxis angegeben. Abgerundet wird das fünfte und letzte Kapitel mit einer Reflexion.

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Wie eingangs erläutert, existieren im Pflegeberuf vielfältige, teils schwerwiegende Belastungsfaktoren, welche die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen massgeblich negativ beeinflussen und zu starken Belastungen führen können (Höhmann et al., 2016; Schwendimann, Dhaini, Ausserhofer, Engberg & Zúñiga, 2016). Auch in der PDAG zeigen die Ergebnisse, dass die Pflegepersonen der Akutstationen eine hohe Belastung aufweisen, gaben doch insgesamt 62.5% der Pflegepersonen an, eine hohe oder gar sehr hohe Belastung zu spüren.

Aufgrund des Kontextes der Empirie untersuchte die vorliegende Arbeit folgende zwei Fragestellungen in der PDAG:

1. Welchen Belastungen ist das Pflegepersonal der Akutpsychiatrie in der PDAG während des Arbeitsalltags ausgesetzt und wie kann mit diesen Belastungen umgegangen werden?
2. Welche Faktoren beeinflussen die Stärke beziehungsweise den Umgang mit den Belastungen?

Die im Kapitel 4 gezeigten Ergebnisse der quantitativen Untersuchung ergaben, dass beim Pflegepersonal der PDAG auf den Akutstationen die häufigsten Belastungen in Form von verbaler Gewalt, Personalmangel und Zwangsmassnahmen auftreten. Diese traten im Durchschnitt etwa einmal pro Woche auf und wurden dabei als moderat belastend wahrgenommen. Verbale Gewalt und Zwangsmassnahmen werden dabei von allen Pflegepersonen ausnahmslos im Berufsalltag erlebt, auch wenn das Auftreten teilweise auf

etwa einmal im Monat beschränkt ist, gibt es keinen Teil der Pflegepersonen, bei welchen diese Belastungen nie auftreten. Mit Schichtarbeit, Überstunden, interprofessioneller Zusammenarbeit und körperlicher Gewalt konnten weitere Belastungen identifiziert werden, wobei die zwei zuletzt Erwähnten glücklicherweise eine tiefe Auftretenshäufigkeit aufweisen. Zudem konnten signifikante Zusammenhänge zwischen Auftretenshäufigkeit einer Belastung und deren wahrgenommene Belastungsstärke gefunden werden. Das heisst, je häufiger die Belastung auftritt, desto stärker wird sie wahrgenommen und eingeschätzt. Die erwähnten signifikanten Zusammenhänge konnten bei den Belastungen des Personalmangels mit einem starken Zusammenhang und bei den Zwangsmassnahmen mit einem mittleren gefunden werden. Bei allen anderen Belastungen konnte dieser nicht gefunden werden, somit können die Belastungsfaktoren des Personalmangels und der Zwangsmassnahmen als Risikofaktoren identifiziert werden, da diese bei häufigem Auftreten auch als stärker belastend wahrgenommen werden. Somit stellt die Auftretenshäufigkeit bei den oben genannten Kategorien ein Faktor dar, welcher die Stärke der Belastung beeinflusst. Zudem konnte auch gezeigt werden, dass sowohl Personalmangel als auch Zwangsmassnahmen signifikant belastender wahrgenommen werden, als interprofessionelle Zusammenarbeit, welche von allen Belastungsarten als am wenigsten stark belastend eingestuft wurde.

Der am häufigsten gewählte Umgang mit diesen Belastungen stellt bei den Pflegepersonen die Gespräche mit Arbeitskolleginnen und -kollegen dar, sowie die Gespräche mit Personen ausserhalb des Arbeitsumfelds. Warum sich gerade diese Methoden grosser Beliebtheit erfreuen, könnte ein Blick in die Literatur erklären. Denn Studien zeigen, dass sozialer Austausch unter Arbeitskolleginnen und -kollegen oder auch im privaten Umfeld bei Pflegepersonen einen wichtigen Puffereffekt erzeugen können, um Stress und Burnouts abzufedern und das psychische Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit zu stärken (Cortese, Colombo & Ghislieri, 2010; Hayes, Douglas & Bonner, 2015). Natürlich können die Gründe, dass Pflegepersonen Gespräche mit

Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie dem privaten Umfeld so oft wählen auch in anderen Natur liegen. In Bezug auf die in der theoretischen Fundierung geschilderten Modelle, kann dargestellt werden, inwiefern die beiden oben genannten Faktoren der sozialen Unterstützung positiven Einfluss auf die Bewältigung von Belastungen haben können. Im Modell von Antonovsky (1979) würde die soziale Unterstützung die Widerstandsressourcen in Form von psychosozialen Ressourcen enorm stärken. Mithilfe der Widerstandsressourcen können Stressoren aller Art bekämpft werden und es könnte so vermieden werden, dass Belastung auftritt (Faltermaier, 2020). Auch beim transaktionalen Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984) würde die soziale Unterstützung von Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie aus dem privaten Umfeld positiven Einfluss haben. Dies, weil dadurch die Ressourcen gestärkt werden. Demzufolge bei der sekundären Bewertung, welche bei Auftreten eines Stressors geschieht, kein Stress ausgelöst werden würde, da genügend Ressourcen vorhanden wären (Ernst et al., 2022). Anhand der oben genannten Modelle könnte nun argumentiert werden, dass bei starker Belastung oder bei einem häufigen Auftreten eines Stressors mehr Ressourcen benötigt werden, um diesen abfedern zu können. Dieser Fall würde bedeuten, dass die Stärke einer Belastung den Umgang dahingehend beeinflusst, dass er verstärkt und gefördert werden muss, um der Belastung entgegenzutreten zu können. Das könnte beispielsweise kurzfristig durch das Beziehen von Ferien geschehen, um Zeit zu schaffen, Freizeitaktivitäten nachgehen zu können und Abstand von Stressoren des Berufsalltags zu gewinnen.

Eine andere häufig gewählte Bewältigungsform stellen Freizeitaktivitäten dar, in diesen finden Pflegepersonen mit Sport, Ausflügen oder Vereinsleben einen Ausgleich zu ihrer Arbeit. Diese Formen von Bewältigung sind wichtig, da sie Detachment fördern (Feuerhahn, Sonntag & Woll, 2014). Die Studie von Niks et al. (2017) zeigt, dass Pflegepersonen, welche über ein gut funktionierendes Detachment verfügen, Arbeitsbelastungen besser bewältigen konnten und somit über niedrige Erschöpfungsraten und bessere Arbeitszufriedenheit verfügten.

Beim Umgang mit den Belastungen konnte ein weiterer, signifikanter, mittlerer Zusammenhang zwischen der Belastungshöhe und der Fähigkeit, sich abgrenzen zu können, gefunden werden. Dies bedeutet, je höher die Belastung bei den Pflegepersonen ausgeprägt war, desto schlechter konnten sie sich abgrenzen und die Belastung wurde von der Arbeit mit nach Hause getragen. Von den Pflegepersonen gaben zudem 27.5% an, die Belastungen oft mit nach Hause zu nehmen und 57.5% gaben an, dass dies manchmal der Fall sei, lediglich 15% können sich abgrenzen und die Belastungen bei der Arbeit belassen.

Hypothesenprüfung

Hypothese 1

H1: Erfahrenes Pflegepersonal (arbeitet lange im selben Schwerpunkt der Psychiatrie) nimmt Belastungen als weniger stark wahr, im Gegensatz zu Pflegepersonal welches weniger erfahren ist.

Aus der quantitativen Analyse geht hervor, dass diese Hypothesen beim Pflegepersonal der PDAG nicht bestätigt werden konnte, da sowohl Pflegepersonal, welches über reichlich Erfahrung in der Psychiatrie aufwies über hohe Belastungen verfügte, wie auch Pflegepersonal welches über weniger Erfahrung verfügte.

Hypothese 2

Pflegepersonal, welches an Inter- und/oder Supervisionen, Nachbesprechungen und Fallbesprechungen teilnimmt, hat einen erfolgreicherer Umgang mit Belastungen als Pflegepersonal, welches diese Angebote nicht nutzt.

Auch diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden, da keine signifikanten Unterschiede in der Belastungshöhe zwischen Pflegepersonen, welche an den Besprechungsgefässen teilnehmen und solchen die es nicht tun, gefunden werden konnte.

5.2 Gestaltungshinweise und Handlungsempfehlungen

Im folgenden Abschnitt werden aufgrund der Erkenntnisse zur aktuellen Situation rund um Belastungen der Pflegepersonen auf der Akutpsychiatrie in der PDAG unterschiedliche Handlungsempfehlungen und Gestaltungshinweise abgeleitet. Ziel davon ist es, Möglichkeiten, Chancen und Lösungen aufzeigen zu können, wie die Förderung von Bewältigung der Belastungen für das Pflegepersonal weiter gestärkt und vorangetrieben werden kann, wodurch das allgemeine Belastungsniveau unter den Pflegepersonen profitieren kann. Wichtig ist es festzuhalten, dass die Handlungsempfehlungen und Gestaltungshinweise keineswegs universelle und allgemein gültige Empfehlungen sind, welche unter allen Umständen und in jeder Organisation, in jedem Arbeitsteam, funktionieren. Dies darum, weil jeder Mensch seinen eigenen Umgang mit Belastung hat (Parkes & Hughes, 2020). Somit sind die folgenden Empfehlungen auch als Gedankenanstöße zu verstehen, die natürlich darauf aufbauend, andere oder weitere Gestaltungshinweise nicht ausschliessen.

5.2.1 Reduzierung von Belastung anhand von sozialer Unterstützung / Gesprächen

Die Literatur hat gezeigt, dass soziales Coping anhand von Gesprächen unter Arbeitskolleginnen und -kollegen oder unter Personen im privaten Umfeld verbreitet ist (Klingenberg, 2022). Auch konnten Studien zeigen, dass dadurch Stress und Burnout bekämpft werden können und das psychische Wohlbefinden verbessert wird (Cortese, Colombo & Ghislieri, 2010; Hayes, Douglas & Bonner, 2015). Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung zeigen, dass bereits ein Grossteil der Pflegepersonen auf diese Copingstrategie zurückgreift, was somit sehr positiv ist. Nun gilt es sicherzustellen, dass anderen Pflegepersonen, welche diese Strategie noch nicht nutzen, die Möglichkeit gegeben wird, dies ebenfalls tun zu können. Im Arbeitsalltag von Pflegepersonen auf der Akutpsychiatrie ist es jedoch nicht gut möglich, während der Arbeit diese Gespräche zu führen, da viele Aufgaben anfallen und ein dynamisches Arbeitsumfeld mit den Patientinnen und Patienten besteht. Dadurch haben die Pflegepersonen vermutlich während den Pausen die einzige Möglichkeit, sich etwas zurückzuziehen und miteinander ein längeres Gespräch zu führen. Es wäre sehr wünschenswert, wenn Pflegepersonen täglich die Möglichkeit haben, ihre Pausen zu machen. Natürlich ist es schwierig täglich fixe Pausentermine einzuhalten, dies aufgrund des oben erwähnten dynamischen Arbeitsumfeldes und der Arbeitslast. Jedoch könnte versucht werden sicherzustellen, dass jede Pflegeperson mindestens einmal täglich ihre Pause beanspruchen kann und sie dies immer mindestens zu zweit tun können, da Gespräche alleine nicht möglich sind. Um dies umzusetzen, müssten die Vorgesetzten in ihrer Arbeitsorganisation diesen Aspekt berücksichtigen, damit sie das gemeinsame Absolvieren von Pausen auch mittragen können. Neben der Möglichkeit, dass Pflegepersonen sich in den Pausen austauschen können, hat das konsequente Einhalten von Pausen noch weitere positive Effekte, da sie Müdigkeit und geistige Erschöpfung vorbeugen, Fehler vermieden werden können und Gesundheit, Motivation und Leistung fördern (Wendsche, Lohmann-Haislah & Wegge, 2016).

5.2.2 Sensibilisierung des Pflegepersonals für den Einsatz von Zwangsmassnahmen

Wie oben in den Ergebnissen dargestellt, erleben alle Pflegepersonen in der Akutpsychiatrie den Einsatz von Zwangsmassnahmen, sei dies monatlich, wöchentlich oder sogar täglich. Da gezeigt werden konnte, dass bei häufigerem Einsatz von Zwangsmassnahmen das Pflegepersonal stärker belastet ist, ist es nötig, Lösungen für die entstandene Belastung durch Zwangsmassnahmen zu schaffen, weil es beim Einsatz von Zwangsmassnahmen zu einem starken Einschnitt der Persönlichkeitsrechte kommt und diese für die Patientinnen und Patienten meist als entehrend wahrgenommen werden (Schmidmeier, 1997). Dieser Prozess kann auch für die Pflegepersonen belastend sein, was die Ergebnisse dieser Untersuchung widerspiegeln, da Zwangsmassnahmen neben dem Personalmangel und körperlicher Gewalt die höchste Belastung verursachen. Hierbei gäbe es die Möglichkeit, die Pflegepersonen zu sensibilisieren. Dies könnte in einem interprofessionellen Austausch, jeweils zum Ende der Arbeitswoche geschehen. Alle Pflegepersonen, welche in der vergangenen Woche besonders häufig Zwangsmassnahmen anwenden mussten, oder Personen, welche beim Einsatz von Zwangsmassnahmen besonders belastende Erfahrungen gemacht haben, können sich melden, um am Austausch teilzunehmen. Grund für den interprofessionellen Austausch ist, dass Massnahmen wie Zwangsmedikationen oder Unterbringungen in der Isolationszelle, auf Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes geschehen müssen. Somit führen die Pflegepersonen den Entscheid aus. Es ist bei jedem Einsatz von Zwangsmassnahmen wichtig zu wissen, weshalb die entsprechenden Massnahmen bei den Patientinnen und Patienten zum Einsatz kommen und wieso diese gerade erforderlich sind. Um über solche Fälle diskutieren zu können, wäre das wöchentliche Sensibilisierungsgespräch mit den Parteien, welche die Zwangsmassnahmen anordnen, zusätzlich zu den Fall- und Nachbesprechungen wertvoll, da so im Austausch im Team noch einmal eine Reflexion

geschehen kann. Auch können die Pflegepersonen ihre persönliche Meinung einbringen und erklären, falls sie in einer Situation anders gehandelt oder entschieden hätten, als es vorgegeben wurde. Dadurch kann einerseits die Erkenntnis für das eigene Handeln begründet und verstanden werden und andererseits geschieht ein Austausch unter Arbeitskolleginnen und -kollegen, was sich wie vorher im Gestaltungshinweis schildert, positiv auf die Bewältigung der Belastung auswirken kann. Natürlich ist es wichtig, dass die Teilnahme am Austausch für die Pflegepersonen freiwillig ist, da diejenigen von diesem Angebot profitieren sollten, welche merken, dass sie Bedarf an einer zusätzlichen Besprechung von einem belastenden Ereignis haben. Pflegepersonen, die in der vergangenen Arbeitswoche hingegen keine belastenden Erfahrungen gemacht haben oder keine Zwangsmassnahmen einsetzen mussten, könnten, falls das Angebot nicht freiwillig wäre, den Sinn an ihrer Teilnahme berechtigterweise nicht nachvollziehen und würden es als lästiges, zusätzliches Müssen abstempeln.

5.2.3 Verbale Gewalt bewältigen anhand einer Intervention

Wie auch bei den Zwangsmassnahmen tritt verbale Gewalt bei allen Pflegepersonen auf. Verbale Gewalt ist die Belastungskategorie, welche mit 32.52% am häufigsten täglich auftritt. Wenn gleich in dieser Untersuchung bei verbaler Gewalt kein Zusammenhang zwischen Auftretenshäufigkeit und Belastungsstärke nachgewiesen werden konnte, so schätzen Pflegepersonen die Auswirkungen der verbalen Gewalt trotzdem als moderat belastend ein. Auch in anderen Psychiatrien ist das Phänomen von häufig auftretender verbaler Gewalt verbreitet (Estryn-Behar et al., 2008). Aus diesem Grund hat Richter (2012) anhand einer Studie getestet, wie sich eine Intervention in Form von einer eintägigen Schulung auf die Bewältigung der verbalen Gewalt von Pflegepersonen auswirkt. Bei dieser wurde den Teilnehmern ein besseres Verständnis für die Gründe des Auftretens von verbaler Gewalt vermittelt, es wurden Kommunikationsstrategien für den Umgang mit verbaler Gewalt nähergebracht und Stressbewältigungstechniken wurden den Teilnehmern

gezeigt. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass aufgrund der Intervention die Pflegepersonen ein besseres Verständnis für verbale Gewalt hatten und sie sich besser darauf vorbereitet fühlten, damit umzugehen. Zudem konnte ein Anstieg des Selbstvertrauens und eine verbesserte Kommunikation mit aggressiven Patientinnen und Patienten festgestellt werden (Richter, 2012). Die Ergebnisse der Studie ermutigen dazu, dass mit Hilfe einer professionellen Schulung im Bereich der verbalen Gewalt die Möglichkeiten vorhanden sind, Pflegepersonen einen guten Umgang mit der Belastung der verbalen Gewalt beizubringen, was gerade in der PDAG, wo diese häufig auftritt, den Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten massiv erleichtern könnte.

5.3 Fazit

In Bezug auf die beiden untersuchten Fragestellungen konnte gezeigt werden, dass vielfältige Belastungen beim Pflegepersonal in der Akutpsychiatrie existieren, wie unter anderem Zwangsmassnahmen, verbale Gewalt oder Personalmangel. Beim Personalmangel und den Zwangsmassnahmen konnte gezeigt werden, dass ein wichtiger Faktor für die wahrgenommene Belastung die Auftretenshäufigkeit ist, da bei häufigerem Auftreten auch die wahrgenommene Belastung stieg. Es konnte gezeigt werden, dass vielfältige Copingstrategien beim Pflegepersonal angewendet werden. Anhand der Analyse der Belastungen und der Copingstrategien wurden Handlungsempfehlungen entworfen, welche einen positiven Einfluss auf die Bewältigung von Belastung haben könnten. So gibt es Potential, die Belastungen beim Pflegepersonal anhand von der Förderung von sozialer Unterstützung zu reduzieren, wofür die Pausengestaltung in der PDAG von Wichtigkeit ist. Ausserdem könnte die durch das häufige Vorkommen von Zwangsmassnahmen ausgelöste Belastung anhand von Sensibilisierung durch interprofessionelle Teams abgefedert und aufgefangen werden. Auch verbale Gewalt nimmt einen nicht zu unterschätzenden Teil im Berufsalltag der Pflegepersonen ein, weshalb der Umgang und die Bewältigung anhand von einer Intervention in Form von einer Schulung gefördert werden könnte. Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Empirie zu Belastungen in der Pflege reichhaltig ist, jedoch im Feld der psychiatrischen Pflege die branchenspezifischen Belastungen wie Zwangsmassnahmen, verbale oder körperliche Gewalt noch nicht ausreichend erforscht sind, gerade auch was mögliche Bewältigungsmöglichkeiten angeht und deswegen in diesem Feld die Forschung weiter vorangetrieben werden sollte.

5.4 Reflexion

Das Thema Belastungen im Arbeitsumfeld hat den Autor bereits in vorherigen Projekt- und Semesterarbeiten beschäftigt, im Bereich der psychiatrischen Pflege konnten bis anhin jedoch noch keine Erfahrungen gemacht werden, weshalb das Untersuchen in einem neuen Bereich sehr spannend war und grosse Freude bereitet hat. Die Literatursuche gestaltete sich teilweise schwierig, da der Zugriff auf Studien in Datenbanken im Bereich der Pflege häufig nicht möglich war. Dadurch mussten die Studien von Drittpersonen, welche Zugriff auf die Datenbanken hatten, zur Verfügung gestellt werden, was jedoch einen erheblichen Mehraufwand mit sich brachte. Künftig müsste im Vorhinein der Literaturrecherche festgestellt werden, welche Studien und Datenbanken betroffen sind und ob der Zugriff möglich ist. Falls nicht, könnte im Austausch mit der Betreuungsperson und der Hochschule eruiert werden, ob es Möglichkeiten gäbe den Zugriff zu erhalten oder ob gar ein Themawechsel von Nöten wäre.

Die im Rahmen der Untersuchung geführte quantitative Erhebung war teilweise sehr herausfordernd und eine Auffrischung im Bereich der Statistik war nötig, um die gesamte Analyse vollziehen zu können. Im Bereich der Datenerhebung wurde der Fragebogen anfangs mittels E-Mail an die Pflegepersonen geschickt. Da die Rücklaufquote, auch nach mehrmaligen Reminder nicht ausreichend war, konnte anhand von Flyern und einer süssen Überraschung noch einmal ein wesentlicher Teil der Pflegepersonen erreicht werden. Trotzdem wurde dadurch die Erhebungsphase um 2 Wochen verlängert, weshalb der Zeitplan nicht wie geplant eingehalten werden konnte und anschliessend auch die Analyse der Daten in relativ kurzer Zeit durchgeführt werden musste. Für künftige Untersuchungen in einem Feld, in welchem die betroffenen Personen vielleicht nicht so häufig mit elektronischen Geräten arbeiten wie es beispielsweise in Büros der Fall ist, würde eine Erhebung mittels unterschiedlicher Kommunikationswege (E-Mail, Plakaten, persönliches Vorbeischauen) möglicherweise mehr Personen erreichen und Verzögerungen im Zeitplan könnten dadurch vermieden werden.

Den Prozess einer Bachelorarbeit von Anfang bis zum Schluss selbst zu erarbeiten war herausfordernd, jedoch ist das Resultat der Arbeit das Ergebnis aus der eigenen Forschungsarbeit, was mich durchaus stolz macht. Abschliessend betrachte ich den Lernprozess als gelungen und bin mit dem Ergebnis meiner Arbeit zufrieden.

Literaturverzeichnis

- Amnesty Internation Schweiz. (2021, November 9). Die Pflegeinitiative und unser Recht auf Gesundheit. *Die Pflegeinitiative und unser Recht auf Gesundheit*. Zugriff am 30.3.2023. Verfügbar unter: <https://www.amnesty.ch/de/laender/europa-zentralasien/schweiz/dok/2021/die-pflegeinitiative-und-unser-recht-auf-gesundheit>
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. *New perspectives on mental and physical well-being*, 12–37.
- Bandelow, B., Gruber, O. & Falkai, P. (2012). *Kurzlehrbuch Psychiatrie*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bogner, K. & Landrock, U. (2015). Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. *Mannheim, GESIS–Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines)*, 1–9. https://doi.org/DOI: 10.15465/sdm-sg_016
- Brunero, S. & Stein-Parbury, J. (2008). The Effectiveness of Clinical Supervision in Nursing: An Evidenced Based Literature Review. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*.
- Bundesamt für Statistik. (2020). *Pflegepersonal 2018*. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/13267934>
- Cortese, C. G., Colombo, L. & Ghislieri, C. (2010). Determinants of nurse's job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emotional charge and social support. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 35–43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01064.x>
- Dondalski, J. (2003). *Zur Arbeitsbelastung in der psychiatrischen Pflege* (Band 9). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ernst, G., Franke, A. & Franzkowiak, P. (2022). Stress und Stressbewältigung. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/stress-und-stressbewaeltigung/>

Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M. et al.

(2008). Violence risks in nursing—results from the European ‘NEXT’ Study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107–114. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqm142>

Faltermaier, T. (2020). Salutogenese. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/>

Faltermaier, T., Leplow, B. & Salisch, M. von. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Feuerhahn, N., Sonnentag, S. & Woll, A. (2014). Exercise after work, psychological mediators, and affect: A day-level study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(1), 62–79. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.709965>

Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (8. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.

Frögéli, E., Rudman, A. & Gustavsson, P. (2019). The relationship between task mastery, role clarity, social acceptance, and stress: An intensive longitudinal study with a sample of newly registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 60–69. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.10.007>

Hahn, S., Schulz, M., Schoppmann, S., Abderhalden, C., Stefan, H. & Needham, I. (2010).

„Depressivität und Suizidalität“ Prävention - Früherkennung - Pflegeinterventionen - Selbsthilfe. Unterostendorf: ibicura, Der Verlag für die Pflege.

Hayes, B., Douglas, C. & Bonner, A. (2015). Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 588–598. <https://doi.org/10.1111/jonm.12184>

Healy, C. M. & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 681–688. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01323.x>

Höhmann, U., Lautenschläger, M. & Schwarz, L. (2016). *Belastungen im Pflegeberuf:*

Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. Stuttgart: Schattauer.

Honer, A. (2011). Das explorative Interview. In A. Honer (Hrsg.), *Kleine Leiblichkeiten: Erkundungen in Lebenswelten* (S. 41–58). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

https://doi.org/10.1007/978-3-531-92839-5_3

Hyrkäs, K. (2005). Clinical Supervision, Burnout, and Job Satisfaction Among Mental Health and Psychiatric Nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 531–556.

<https://doi.org/10.1080/01612840590931975>

Jang, M. H., Gu, S. Y. & Jeong, Y. M. (2019). Role of Coping Styles in the Relationship Between Nurses' Work Stress and Well-Being Across Career. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(6), 699–707. <https://doi.org/10.1111/jnu.12523>

Jones, A. (2001). Some experiences of professional practice and beneficial changes derived from clinical supervision by community Macmillan nurses. *European Journal of Cancer Care*, 10(1), 21–30. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00209.x>

Klingenberg, I. (2022). Qualitative Studie zur Stressbewältigung von Pflegekräften. In I. Klingenberg (Hrsg.), *Stressbewältigung durch Pflegekräfte: Konzeptionelle und empirische Analysen vor dem Hintergrund des Copings und der Resilienz* (S. 103–150). Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37438-9_4

Kvåle, K. & Synnes, O. (2013). Understanding cancer patient's reflections on good nursing care in light of Antonovsky's theory. *European journal of oncology nursing*, 17(6), 814–819.

Larsson, G. & Kallenberg, K. O. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health: Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *The European Journal of Public Health*, 6(3), 175–180.

Laux, G. (2003). Notfalltherapie. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 71, 483–501.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York City: Springer publishing company.

Liebers, F. & Schust, M. (2021). 8 Gefährdungen durch physische Belastung. Verfügbar unter:

https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Gefaehrdungsbeurteilung/Expertenwissen/Physische-Belastung/Einfuehrung/Einfuehrung_node.html

Litzcke, S., Schuh, H. & Pletke, M. (2012). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Maier, G. W. (2018). Definition: Beanspruchung und Belastung. Verfügbar unter:

<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/beanspruchung-und-belastung-28048/version-251687>

Mark, G. & Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), 505–521.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x>

Mauritz, S. (2022). Salutogenese. *Resilienz Akademie*. Verfügbar unter: <https://www.resilienz-akademie.com/salutogenese/>

Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2007). *Testtheorie und fragebogenkonstruktion* (Band 537). Berlin, Heidelberg: Springer.

Niks, I. M. W., de Jonge, J., Gevers, J. M. P. & Houtman, I. L. D. (2017). Divergent effects of detachment from work: a day-level study on employee creativity. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(2), 183–194.

<https://doi.org/10.1080/1359432X.2016.1241767>

Parkes, K. R. & Hughes, E. L. (2020). Individual Differences in Coping with Stress. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (S. 377–381). John Wiley & Sons, Ltd.

<https://doi.org/10.1002/9781118970843.ch327>

Petzold, T. D. (2013). *Gesundheit ist ansteckend: Praxisbuch Salutogenese*. München: Irisiana.

Reif, J., Spieß, E. & Stadler, P. (2018). *Effektiver Umgang mit Stress*. Berlin, Heidelberg: Springer.

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-55681-8>

Reinshagen, R. (2008). Antonovsky–theorie und praxis der salutogenese. *Pflege und Gesellschaft*, 13(2), 142–158.

Richter, D. (2012). *Verbale Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen* (Band 18). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Robertson, M., Paterson, B., Lauder, B., Fenton, R. & Gavin, J. (2010). Accounting for Accountability: A Discourse Analysis of Psychiatric Nurses' Experience of a Patient Suicide. *The Open Nursing Journal*, 4, 1–8. <https://doi.org/10.2174/1874434601004010001>

Rohwer, E., Mojtahedzadeh, N., Harth, V. & Mache, S. (2021). Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 71(1), 38–43. <https://doi.org/10.1007/s40664-020-00404-8>

Rolfe, M. (2019). *Individuelle Resilienz: Wie Menschen lebendig, gelassen und stark bleiben*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55758-7_4

Rusch, S. (2019). *Stressvermeidung und Stressbewältigung*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59436-0_9

Sauter, D. & Ahrens, R. (2011). *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3., vollständige überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Huber.

Schmidmeier, R. (1997). Gewaltfreie Psychiatrie–eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Problem der Gewalt in der Psychiatrie. *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie*, 163.

Schrems, B. M. (2020). *Vulnerabilität in der Pflege: was verletzlich macht und Pflegenden darüber wissen müssen*. Weinheim: Beltz Juventa.

Schwarzer, R. (2000). *Streß, Angst und Handlungsregulation* (4., überarb. Aufl.). Stuttgart ; Berlin ; Köln: Kohlhammer.

Schweizer Radio und Fernsehen. (2022). *Kinder- und Jugendpsychiatrie - Zu wenig Therapieplätze für psychisch belastete Minderjährige*. Verfügbar unter:

<https://www.srf.ch/news/schweiz/kinder-und-jugendpsychiatrie-zu-wenig-therapieplaetze-fuer-psychisch-belastete-minderjaehrige>

Schwendimann, R., Dhaini, S., Ausserhofer, D., Engberg, S. & Zúñiga, F. (2016). Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes – a cross sectional survey study. *BMC Nursing*, 15(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0160-8>

Sirrenberg, M. (2018). Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Verfügbar unter:

https://www.lgl.bayern.de/arbeitsschutz/arbeitsmedizin/arbeitspsychologie/psychische_belastung/index.htm

Sonnentag, S. & Schiffner, C. (2019). Psychological Detachment from Work during Nonwork Time and Employee Well-Being: The Role of Leader's Detachment. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, E3. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.2>

Wallbank, S. & Hatton, S. (2011). Reducing burnout and stress: the effectiveness of clinical supervision. *Community Practitioner*, 84(7), 31–35.

Weigelt, O., Gierer, P. & Syrek, C. J. (2019). My Mind is Working Overtime—Towards an Integrative Perspective of Psychological Detachment, Work-Related Rumination, and Work Reflection. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2987. Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162987>

Wendsche, J., Lohmann-Haislah, A. & Wegge, J. (2016). The impact of supplementary short rest breaks on task performance – A meta-analysis. *Sozialpolitik.CH*, 2, 1–24. <https://doi.org/10.18753/2297-8224-75>

Žorga, S. (2002). Supervision: the process of life-long learning in social and educational professions. *Journal of Interprofessional Care*, 16(3), 265–276. <https://doi.org/10.1080/13561820220146694>

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1. ORGANIGRAMM DER PDAG. AUS DER WEBSEITE DER PDAG. VERFÜGBAR UNTER: HTTPS://WWW.PDAG.CH/UEBER-DIE-PDAG/ORGANISATION.....	3
ABBILDUNG 2. SALUTOGENESE-MODELL VON ANTONOVSKY. AUS SALUTOGENESE, MAURITZ (2020). VERFÜGBAR UNTER: HTTPS://WWW.RESILIENZ-AKADEMIE.COM/SALUTOGENESE/.....	11
ABBILDUNG 3. TRANSAKTIONALES STRESSMODELL. GRAFIK AUS WIKIPEDIA. VERFÜGBAR UNTER: HTTPS://DE.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/STRESSMODELL_VON_LAZARUS.....	14
ABBILDUNG 4. PROZESS DES UNTERSUCHUNGSDESIGNS (EIGENE DARSTELLUNG).....	20
ABBILDUNG 5. BELASTUNGSERFASSUNG DER PFLEGEPERSONEN (EIGENE DARSTELLUNG)	26
ABBILDUNG 6. ÜBERBLICK DER MITTELWERTE DER BELASTUNGSHÖHE NACH KRISENINTERVENTIONSSTATIONEN (EIGENE DARSTELLUNG).....	27
ABBILDUNG 7. HÄUFIGKEIT DES AUFTRETENS VON BELASTUNGSARTEN (EIGENE DARSTELLUNG)	28
ABBILDUNG 8. WAHRGENOMMENE BELASTUNGSSTÄRKE DER BELASTUNGSARTEN (EIGENE DARSTELLUNG). 30	
ABBILDUNG 9. AUFTRETENSHÄUFIGKEIT VON VERBALER GEWALT NACH KRISENINTERVENTIONSSTATIONEN (EIGENE DARSTELLUNG)	32
ABBILDUNG 10. AUFTRETENSHÄUFIGKEIT VON PERSONALMANGEL NACH KRISENINTERVENTIONSSTATION (EIGENE DARSTELLUNG)	33
ABBILDUNG 11. WAHRGENOMMENE BELASTUNGSSTÄRKE VON KÖRPERLICHER GEWALT NACH KRISENINTERVENTIONSSTATIONEN (EIGENE DARSTELLUNG).....	34
ABBILDUNG 12. WAHRGENOMMENE BELASTUNGSSTÄRKE VON ZWANGSMASSNAHMEN NACH KRISENINTERVENTIONSSTATION (EIGENE DARSTELLUNG)	35
ABBILDUNG 13. NUTZUNGSHÄUFIGKEIT DER BESPRECHUNGSGEFÄSSE NACH ANZAHL PFLEGEPERSONEN (EIGENE DARSTELLUNG)	37
ABBILDUNG 14. WAHL DER COPINGSTRATEGIEN NACH ANTEIL PFLEGEPERSONEN (EIGENE DARSTELLUNG) ..	38
ABBILDUNG 15. FÄHIGKEIT ZUR ABGRENZUNG NACH ANTEIL PFLEGEPERSONEN (EIGENE DARSTELLUNG)	39